This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

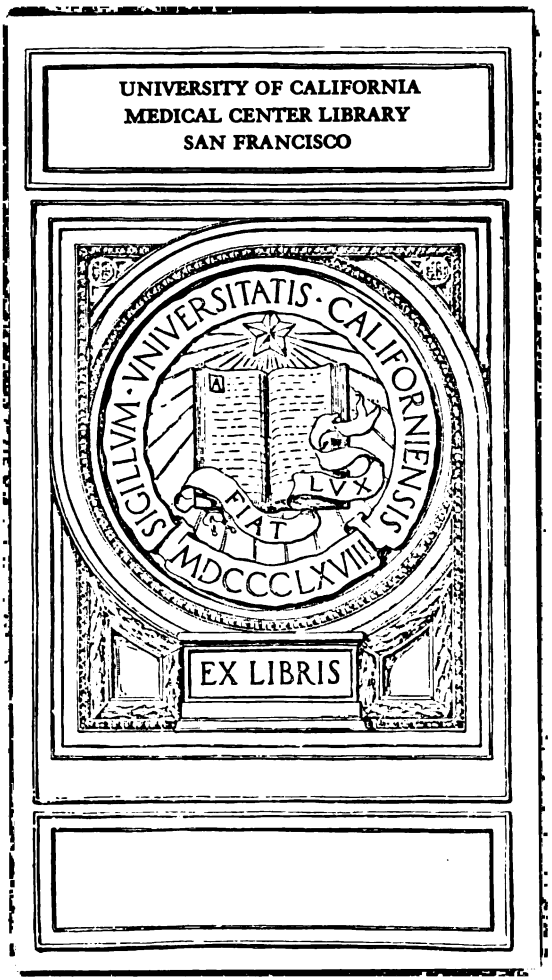
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY
SAN FRANCISCO



MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, DR. C. BECK IN BUDAPEST,
DR. C. BERLINER IN AACHEN, PRIV.-DOZ. DR. TH. BURI IN BASEL,
DR. E. DELBANCO IN HAMBURG, PRIV.-DOZ. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH,
DR. M. HODARA IN KONSTANTINOPEL,
PRIVAT-DOZ. DR. FR. KRZYSZTAŁOWICZ IN KRAKAU,
DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG, PROF. DR. V. MIBELLI IN PARMA,
DR. H. C. PLAUT IN HAMBURG

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

SIEBENUNDDREISSIGSTER BAND.

1903.

JULI BIS DEZEMBER.

MIT 5 TAFELN UND 16 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1903.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vorm. J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis“.)

Seite

Technik der Urethralinjektionen. Kapazität der Urethra ant. und Spannungsdruck des Sphinkter, berücksichtigt in der Konstruktion einer neuen Gonorrhoespritze, von C. Engelbreth 1
Die hyaline Degeneration im Hautcarcinom, von Antonino Marullo..... 17
*Über eine Ursache des sogenannten Jodoform-Ausschlages, von Ch. Audry ... 27
Über eigentümliche Geschwulstbildung in einer Tätowierungsmarke, von J. Ullmann..... 49
Ein Fall von Vitiligo bei einem Neger, von Antonino Marullo..... 53
*Zur Verbesserung der Zinkleimdecke durch Bepudern, von Curt Cohn..... 56
Über Urticaria pigmentosa perstans, von Reiss..... 93
Ein Beitrag zur Kenntnis der Cavernitis gonorrhoica, von Siegfried Grosz.. 112
*Die Behandlung der Trichophytiasis capitis mit Chrysarobin, von Menahem Hodara..... 118
Beiträge zur Kenntnis der Parapsoriasis (Brocq), von Augusta Buček 141
Urologische Beiträge, von Neuhaus..... 166
Zur Behandlung des Lupus. (Vorläufige Mitteilung), von Dreuw 193
Einige Notizen zu dem Aufsatz von H. Pfeiffer: Ueber Bakterienbefunde in der normalen männlichen Urethra und den Syphilisbacillus von Max Joseph, von Ernst Delbanco..... 198
Ein Beitrag zur Ekzemfrage: durch Depigmentieren der ekzematös erkrankten Haare und Darstellen der darauf befindlichen Mikroorganismen, sowie der durch sie verursachten Läsionen der Haare, von J. Schwenter-Trachsler 233
Über die Ursachen der Säurefestigkeit der Tuberkel- und Leprabacillen. — Die Säurefestigkeit der Lycopodiumspore, der Korkzelle u. a., von Ernst Delbanco..... 245
Eine neue Darstellung der Epithelfasern und die Membran der Stachelzellen, von P. G. Unna..... 289. 337
Erwiderung auf Delbancos Bemerkungen in No. 5 dieser Zeitschrift, von Max Joseph und Piorkowski..... 301
*Die Behandlung der Pigmentmäler mit 30prozentigem Wasserstoffsuperoxyd Merck, von Curt Cohn 301
Über die Zelldegeneration beim Rhinosklerom. Kritische Betrachtungen aus Anlafs der neueren Artikel Dr. Unnas, von V. Mibelli 377
Über Beizenfärbung, von A. Pappenheim 429
Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut, von Moriz Oppenheim 489
Über die Erfahrungen mit dem neuen Anthrasolpräparat, von Arnold Sack .. 497
Ein Fall von Erythema induratum (Bazin), kombiniert mit Lichen scrophulosorum, von Julius Söllner 545
Über einen den Tuberculides acnéiformes et necrotiques ähnlichen Krankheitsfall, von Arthur Jordan..... 550

57314

Versammlungen.

Seite

Berliner dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin ... 178. 503. 555
Breslauer dermatologische Vereinigung. Originalbericht von Dr. Löwenheim-Liegnitz ... 177
Dermatologische Gesellschaft in Stockholm. Originalbericht von Dr. Ludwig Moberg-Stockholm ... 268
Verhandlungen des vierten Nordischen Kongresses für innere Medizin zu Helsingfors Juli 1902 ... 303
Der VIII. Kongreſs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft in Sarajevo (Bosnien) vom 21.—23. September 1903. Bericht von Dr. Sack-Heidelberg 384
75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte vom 20.—26. September in Cassel. Bericht von Dr. F. Hahn-Bremen ... 394
Medizinische Gesellschaft in Leipzig ... 454
Verein der Ärzte in Halle a. S. ... 455
Moskauer venerologische und dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Dr. Arthur Jordan-Moskau ... 456. 557

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt ... 28. 205
Monatsberichte für Urologie ... 29. 205
Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ... 30. 466
Journal des maladies cutanées et syphilitiques ... 31. 188. 214. 472. 512
Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes 31. 180. 281. 312. 513
Archiv für Dermatologie und Syphilis ... 120. 201. 271. 457. 559
The British Journal of Dermatology ... 126. 306. 468. 567
Annales des maladies des organes génito-urinaires ... 127. 276. 309. 401. 511
Dermatologische Zeitschrift ... 179. 304. 397. 564
The Journal of cutaneous diseases including Syphilis ... 184. 506
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle ... 189. 316. 513
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ... 206. 467
American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases ... 209. 474
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie ... 212. 471. 509. 568
Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique ... 282. 311. 569
La Syphilis ... 313
Bolletino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle ... 316. 569
Clinica dermosifilopathica della r. Università di Roma ... 317
Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten ... 318
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane ... 394. 465
Mitteilungen aus Finsens medizinischem Lichtinstitut in Kopenhagen ... 401

Bücherbesprechungen.

Medizin, Aberglaube und Geschlechtsleben in der Türkei, von Bernhard Stern 215
Prostitution und Entartung, von Laurent-Montanus ... 217
Die Prostitution in Indien, von Laurent-Montanus ... 217
Entwicklungsgeschichte des menschlichen Wollhaares, von Ph. Stöhr ... 319
Beiträge zur Kenntnis der Guajakpräparate, von Walter Frieboes ... 322
Die Krankheiten des behaarten Kopfes, von Paul Gastou ... 350
Die Geschichte des Badewesens, von Eduard Bäumer ... 350
Syphilitische Natur und Heilbarkeit der Tabes und der allgemeinen Paralyse, von B. E. Leredde ... 351
Phototherapie und Photobiologie, von Leredde und Pautrier ... 352
Die epiduralen Injektionen durch Punktion des Sakralkanals und ihre Anwendung bei den Erkrankungen der Harnwege, von Fernand Cathelin ... 353

Seite

Phototherapie. Das Licht als biologisches und therapeutisches Agens, von A. Chatin und M. Carle 354
Über unverschuldete geschlechtliche Erkrankungen, von K. Ries 355
Handbuch der Hautkrankheiten, von Franz Mračeк 356
Zur Differentialdiagnose von Dermatosen und Lues bei den Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle und oberen Luftwege mit besonderer Berücksichtigung der Hauterkrankungen als Teilerscheinungen, von Gottfried Trautmann 404
Über regionäre Anämie resp. Hypothermie der Haut als Ausdruck funktioneller Störungen innerer Organe, von O. Rosenbach 405
Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis, von A. Buschke 405
Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität, von M. Hirschfeld 475
Pathologie und Therapie des Ekzems, von P. G. Unna 477
Der Basalzellenkrebs, von E. Krompecher 481
Die mikroskopische Technik, mit besonderer Berücksichtigung der Färbetechnik, von R. Ledermann 570
Medizinal-Kalender 571

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Entwicklung des menschlichen Wollhaares, von Ph. Stöhr 33
Die Haut, ein Resorptionsorgan, von B. Rohden 33
Studien über die Beeinflussung der Hautgefäße durch thermische Reize, von Ferd. Winkler 33
Beobachtungen über das Verhalten der Hautgefäße auf thermische Reize mit Hilfe des Onychographen, von Alois Kreidl 33
Über den physiologischen Jodgehalt der Zelle, von J. Justus 34
Beitrag zur Physiologie der Schweißdrüsen, von Simon Frédéricq 34
Untersuchungen über den menschlichen Schweiß, von L. Brieger und G. Dissel-horst 34
Über die Bestimmung der Schmerzempfindlichkeit der Haut mit dem Algesimeter, von R. v. Hoesslin 43
Über die biologische Beziehung zwischen Epithel und Bindegewebe (Kromayer), von Mac Leod 307
Über dem menschlichen Haar benachbarte Sinnesorgane, von Pinkus 394
Ein Fall von prämortaler Steigerung der Kreatininausscheidung, von Malfatti . 397
Über Trichohyalin, von Hans Vörner 399
Beitrag zu den Untersuchungen über die Durchstrahlungsmöglichkeit des Körpers, von Gunni Busck 402
Untersuchungen über die Fähigkeit der baktericiden Lichtstrahlen, durch die Haut zu dringen, von Hans Jansen 402
Über die relative Penetrationsfähigkeit der verschiedenen Spektralstrahlen gegenüber tierischem Gewebe, von Gunni Busck 408
Über metachromatische Färbung des Keratohyalins durch Cresylechtviolett, von Johannes Fick 519
Über fetthaltige Pigmente, von O. Lubarsch 519
Die Entwicklung der Haare in der Axilla und der angeborene Defekt der Brustmuskeln, von Moritz Schein 519
Die Haut, ein Resorptionsorgan, von B. Rhoden 520

Mikroskopische Technik.

Über Ergebnisse der Nervenzellenfärbung in unfixiertem Zustande, von A. M. Luzatto 35
Über Hyalin und Bacillenhüllen im Rhinoskleromgewebe, von P. G. Unna 35
Die Schaumzellen. Zugleich ein Beitrag zur Histologie des Rhinoskleroms, von P. G. Unna 36

Seite

Über Melanoblasten, Hemichromasie und Faserung der Epithelzellen in breiten Kondylomen, von S. Ehrmann und M. Oppenheim 201
Mikroskopische Untersuchungen über die Bedeutung der Reaktionszone nach Tuberkulininjektionen, von Klingmüller 282
Zur Kenntnis des Haarsystems des Menschen, von Felix Pinkus 304

Bakteriologie.

Zur Kultivierung des Mikrosporon furfur und des Mikrosporon minutissimum, von H. Vörner 35
Die Schuppen, von Sabouraud 281
Krusten und Narben, von Sabouraud 282
Die Verwertung der Kulturmethode zur Diagnose der Gonokokken, und über die bakteriologischen Untersuchungen bei der blennorrhoischen Epididymitis, von Bärmann 391
Kulturen eines säurefesten Bacillus, von Karlinsky 392
Ein Beitrag zur Frage des Antagonismus zwischen Bacterium coli und den Harnstoff zersetzenden Bakterien, von K. Forcart 397
Über die Widerstandsfähigkeit der Bakteriensporen gegenüber dem Lichte, von Hans Jansen 403
Zur Kultivierung des Mikrosporon furfur und des Mikrosporon minutissimum, von Hans Vörner 521
Die Züchtung von Gonokokken auf „Thalmann-Agar", von S. H. Brongersma und Th. H. van de Velde 521
Über das hämolytische Vermögen des Gonococcus, von Mosca 521
Zur Gonokokkenfärbung, von Arthur v. Wahl 521
Über eine neue Methode der Gonokokkenfärbung, von Alexander Bernstein 522
Über eine neue Sarcina, die im Eiter gonokokkenähnliche Degenerationsformen zeigt, von J. Nagano 522
Über Reinkultur von Ulcus molle-Bacillen, von Fritz Fischer 565

Hygiene.

Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Blokusewski 28
Bemerkungen zu der II. internationalen Konferenz zur Verhütung der Syphilis und der venerischen Krankheiten in Brüssel, von Carl Stern 38
Antwort auf den vorstehenden Artikel, von A. Blaschko 38
Die Gefahren des Geschlechtsverkehrs und der Geschlechtskrankheiten, von E. Hopf 39
Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, eine soziale Notwendigkeit, von Arnold Sack 39
Über den Stand der Bewegung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Königreich Sachsen, von Hopf 39
Über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Eberhard Margulies. 39
Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, speziell des Trippers, von Erich Schultze 40
Die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für den Beruf der Hebammen, von Reinhold Ledermann 40
Körperverletzung durch Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten 41
Über die Notwendigkeit einer vorbeugenden Haarpflege bei akuten Infektionskrankheiten, von Iwan Bloch 41
Nach welcher Richtung läßt sich die Reglementierung der Prostitution reformieren? von A. Neisser 207
Die Prostitution in Japan, von Albert S. Ashmead 211
Entwurf für die Einrichtung einer Gesundheitspoliklinik, von L. Butte 283
Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten und der Abolitionismus, von Fournier 316
Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von C. Fraenkel 455
Geschlechtskrankheiten und Kurpfuscherei, von Carl Alexander 466
Läßt sich die heutige Reglementierung reformieren und in welcher Weise? von Anna Pappritz 467
Prostitution in Japan, von Salomon Claiborne Martin 475
Geschlechtskrankheiten und Prostitution, von Jordan 522
Zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten, von Feibes 522
Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten bei Männern, von S. Behrmann. 523
Ein Beitrag zur sozialen Fürsorge für Geschlechtskranke, von Edmund Saalfeld 523

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Seite

Die toxischen und autotoxischen Dermatosen, von S. Ehrmann 41
Die Veränderungen an peripheren Nerven durch auf die Haut gebrachte toxische Substanzen. Eine gerichtlich-medizinische Studie, von D. J. Mc Carthy... 42
Bericht über 18 Fälle verschiedenartiger Hautausschläge in Verbindung mit Malariainfektion, von Martin F. Engman 42
Über die Bedingungen, welche den Charakter von Hautentzündungen beeinflussen, und ihre Bedeutung für die Therapie, von R. Crocker 42
Ernährungsstörungen und Hautaffektionen, von Dalton..... 43
Neoplastische Formen der Haut zweifelhafter Natur, von Chirivino..... 44
Zur Kenntnis der lokalen Veränderungen nach intramuskulären Injektionen von Hydrargyrum salicylicum, von C. Pezzoli..... 44
Eine neue Methode zur Bestimmung der Resistenz der roten Blutkörperchen, von Buffa 45
Über die Zellenbildung bei der Entzündung, mit besonderer Beziehung auf die Plasmazellen, von Foà 45
Über den Einfluſs der Becquerelstrahlen auf die Haut, von Henri Halkin 121
Die Histogenese der Schuppen und Krusten, von R. Sabouraud..... 184
Die Röntgeno-therapeutische Vorreaktion, von Guido Holzknecht..... 274
Die Haut- und Schleimhautveränderungen, von Wurzel..... 393
Über Neubildung von Elastin in Geschwülsten, von Fischer..... 395
Die Einwirkung des Lichtes auf Amöben, von Georges Dreyer..... 403
Über regionäre Anämie resp. Hypothermie der Haut als Ausdruck funktioneller Störungen innerer Organe, von O. Rosenbach..... 405
Neuer klinisch-experimenteller Beitrag zur Pathologie der glatten Muskelfasern der Haut, von C. Vignolo 457
Über den Leichentuberkel, von Audry und Dalous 472
Bakterien als ätiologische Faktoren bei Haut- und Urogenitalleiden, von Gottfried Trautmann 475
Hämatologische Untersuchungen bei einigen Dermatosen, von E. Daccó 513
Vorlesungen über die Zustände, welche Hautentzündungen verändern und deren Behandlung beeinflussen können, von H. R. Crocker 523
Zur Behandlung der Hautanomalien als Ausdruck von Organstörungen, von Karl Ullmann..... 524
Über chronische Dystrophien und Trophoneurosen der Haut im Anschluſs an kasuistische Mitteilungen, von Franz Volhard.. 524
Das Verhalten der Nägel bei Krankheiten des Gesamtorganismus, von Julius Heller 525
Veränderungen der Nägel im Verlaufe der Allgemeinerkrankungen..... 526
Die bei Morbus Basedowii vorkommenden Dermatosen, von T. N. Hyde und Mc Ewen..... 526
Über das Vorkommen und die Bedeutung der cutanen Hyperalgie bei Appendicitis, von J. Sherren..... 527
Zur Ätiologie epithelialer Geschwülste. I. Epithelperlen in den Zungenpapillen des Menschen. II. Eine experimentell erzeugte Geschwulst der Rattenvallata, von Hermann Stahr 527
Über toxische und autotoxische Dermatosen, von S. Ehrmann..... 527
Über die unmittelbare und Dauerwirkung der Licht- und Wärmestrahlung auf die Hauttemperatur, von Ernst Sommer..... 528
Über Arzneiexantheme. von G. Pernet..... 529
Die durch übermäſsigen Kaffeegenuſs verursachten Dermatosen, von Perfetti.. 529
Zur Frage der Beziehungen zwischen Becquerelstrahlen und Hautaffektionen, von S. W. Goldberg und E. S. London 564

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Kursus der praktischen Therapie der Hautkrankheiten. Anwendung der reduzierenden Behandlungsmethode 32
Aluminium aceto-tartaticum sicc. solubile 45
Aluminium-Kalium sulphophenyl. techn..... 45
Arsenicum jodatum cryst. pur..... 45
Aurum Natrium chloratum 46

Seite

Bismuthum gallicum ... 46
Cocainum lacticum ... 46
Formanilid ... 46
Kalium hydricum pur. alcoh. depur. ... 46
Loretin-Wismut ... 46
Saliformin ... 46
Sulfur jodatum puriss. ... 46
Über Hautpflege und Badewesen, von Hopf ... 46
Balneotherapie in der Dermatologie, von Marschalkó ... 46
Die X-Strahlen als therapeutisches Mittel, von A. V. L. Brokaw ... 47
Bericht über Radiotherapie, von Thos. L. Butler ... 48
Die Behandlung der Hautkrankheiten mittels Röntgenstrahlen, von A. Gassmann. ... 48
Die Anwendung des Lichts als Heilmittel (speziell die Finsensche Lichtbehandlung), von E. Jacobi ... 48
Die Lichtbehandlung nach Finsen mit der „Dermo"-Lampe, von Duhot ... 48
Eine neue wirksame Lampe für lichttherapeutische Zwecke, von H. Strebel ... 57
Die Dermo-Lampe, von Hans Jansen ... 58
Alkoholumschläge, von N. A. Ssaweljew ... 58
Das Glykosal bei der Behandlung der venerischen und Hautkrankheiten, von Sorrentino ... 58
Kurze Notiz über den Gebrauch des Kalium permanganicum bei einigen Hautkrankheiten, von Truffi ... 59
Über die Brunssche Airolpaste, von Rudolf Wanach ... 59
Chininum lysoginatum, ein neues Wundheilmittel, von J. Hervesi ... 59
Über die Verwendbarkeit des Dymal in der Chirurgie, von E. Munk ... 59
Über das Helmitol, ein neues Harnantiseptikum, von Paul Rosenthal ... 59
Das Heroinum hydrochloricum als Anaphrodisiakum, von Arthur Strauss ... 60
Theoretische und praktische Studie über die Frage der Quecksilberdosen und die intensive Quecksilberbehandlung, von Leredde ... 60
Das Hydrargyrum oxycyanatum in der urologischen Praxis, von Paul Asch ... 61
Zur Verwendung des Ichthyol, von W. Besdjetnoff ... 61
Therapeutische Erfolge mit dem Jodipin und dem Hydrogenium peroxydatum purissimum Merck, von Ravasini ... 61
Über den Verlauf der Ausscheidung des Jodkaliums im menschlichen Harn, von Henry Anten ... 61
Intoxikationspsychose nach Injektion von Jodoform in die Blase, von Hans Schwerin ... 62
Über Merkuriol, von Heinrich Dreesmann ... 62
Aseptisches Metallpulver; ein neues Wundheilmittel, von L. Hoffmann ... 62
Über die Wirkung des Natron-Kakodylates bei einigen Dermatosen, von Pabis . 62
Über Schmierseifenverätzung, von A. Most ... 63
Über Sublamin und dessen toxische Wirkung im Vergleich zu der des Sublimats, von A. Schuftan ... 63
Über Thigenol, von Edmund Saalfeld ... 63
Klinische Erfahrungen über Vioform, von Schmieden ... 63
Yohimbin gegen Impotenz, von M. Lewitt ... 63
Zur Frage über die Eigenschaften des phototherapeutischen Apparates von Prof. Lortet und Dr. Genoud in Lyon, von S. L. Bogrow ... 181
Eisenbogenlicht contra konzentriertes Kohlenbogenlicht, von Gunni Busck ... 183
Über den Wert der Radiotherapie bei Haut- und anderen Krebsen, von Ch. W. Allen ... 185
Eine neue Form von Röntgenröhre, von Ch. W. Allen ... 186
Einige therapeutische Eigenschaften des Knochenmarks, von Ch. Watson ... 187
Zur Wirkung der Balsamica, von R. Winternitz ... 204
Galvanische Elemente oder Akkumulatoren, von Léon Imbert ... 311
Therapie der Hautkrankheiten der behaarten Kopfhaut, von Sabouraud ... 312
Die juckstillende Behandlung, von Leredde ... 313
Ansprache über die Methoden des Unterrichts in der Dermatologie, von J. T. Bowen ... 344
Über den therapeutischen Gebrauch der Röntgenstrahlen, von Pusey ... 346
Die Röntgenstrahlen in der Dermatologie, von H. W. Stelwagon ... 347
Die Röntgenstrahlen in der Dermatologie, von E. B. Bronson ... 348

Seite

Moderne Ziele und Erfolge der Therapie auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Pick ... 387
Über Empyroform, von Kraus ... 390
Über die weiteren Erfahrungen mit dem farblosen Teerpräparat „Anthrasol", von Sack ... 390
Der Jodgehalt der Gewebszellen, von Justus ... 392
Ein neues lösliches Kalomel, von Galewsky ... 392
Die Behandlung von schweren Verbrennungen, von Sattler ... 393
Die Radiumbehandlung, von Holzknecht ... 393
Einige Kapitel aus der vergleichenden Pathologie der Haut, von Heller ... 394
Über Anthrasol, von Sack ... 394
Über Verwendung von chemisch reinem Wasserstoffsuperoxyd, besonders bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Richter ... 395
Fortschritte in der Lichttherapie, von Strebel ... 395
Wirkung des Radiums auf die Haut, von Scholtz ... 395
Die Wirkung und Verwendung der Nebennierenpräparate, insbesondere in der Dermatologie (Adrenalin), von Baum ... 395
Toxische Wirkung der Borsäure, von Kaufmann ... 395
Eisenbogenlicht contra Kohlenbogenlicht, von Kromayer ... 400
Ein neuer Lichtsammelapparat zur Einzelbehandlung, von Niels R. Finsen und Axel Reyn ... 403
Empyroleum album pini, von Goldberg ... 456
Wirkung der Bequerel-Strahlen, von Bogrow ... 456
Ein Beitrag zur Therapie profuser Blasenblutungen, von Jacoby ... 465
Über die pathologische Wirkung der Röntgenstrahlen, von J. M. H. MacLeod. 470
Über eine Ursache der sogenannten Jodoformausschläge, von Ch. Audry ... 473
Der gegenwärtige Stand der Radiotherapie bei den Hautkrankheiten, von Leredde und L. Pautrier ... 513
„X-Strahlen" — ihre Einwirkung auf die physikalische Zusammensetzung der Zelle, von Jacob Glahn ... 529
X-Strahlen in der Behandlung von Hautkrankheiten, von J. N. Bloom ... 530
Die Technik der X-Strahlenbehandlung bei Hautkrankheiten, von Louis E. Schmidt 530
Ein Beitrag zum Thema Radiotherapie und Phototherapie bei Carcinomen, Tuberkulose und anderen Hautkrankheiten, von James Nevins Hyde, Frank Hugh Montgomery und Oliver S. Ormsby ... 530
Bemerkungen zur X-Strahlenbehandlung des Krebses, von G. E. Pfahler ... 531
Technik und Indikationen der Radiotherapie bei der Behandlung der Hautkrankheiten, von Leredde und Pautrier ... 531
Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen und konzentriertem Licht, von W. Scholz ... 532
Beiträge zur Radiotherapie, von Leopold Freund ... 532
Zur Röntgenstrahlenbehandlung bei bösartigen Neubildungen von Uterus, Rektum und Blase, von Margardt A. Cleaves ... 532
Die Behandlung des Lupus, des Ulcus rodens und anderer Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen, von M. Morris und E. Dore ... 533
Rhinophyma, geheilt durch Röntgenstrahlen, und Epheliden, beseitigt durch Ultravioletstrahlen, von H. Strebel ... 533
Demonstration des Finsenschen Lichtapparates, von Thomas L. Butler ... 533
Die Lichttherapie, von E. Below ... 533
Diagnose und Behandlung einiger Hautaffektionen, von Darier ... 533
Die Therapie der Krankheiten der behaarten Kopfhaut, von Sabouraud ... 534
Nimmt das Soolbad unter den Bädern eine Sonderstellung ein? von Friedrich Bahrmann und Martin Kochmann ... 534
Über unangenehme Nebenwirkungen nach Applikation medikamentöser Salben auf die Haut, von Ludwig Waelsch ... 534
Die Schwefelquellen von Saldino in der Dermatotherapie, von Casoli ... 534
Die Arsenwässer und die Dermatologie, von Steiner ... 535
Über die dermato-therapeutische Verwendung einiger Öle, von Karl Herxheimer 535
Über Anästhesin, von R. Duhot ... 535
Anthrasol, ein gereinigter, farbloser Teer, und seine therapeutische Verwertung, von A. Sack ... 536
Anthrasol, ein gereinigter, farbloser Teer, und seine therapeutische Verwertung, von A. Sack und H. Vieth ... 536

Seite
Idiosynkrasie gegen Arsenik, von J. Philipps ... 536
Ein Fall von Karbolvergiftung durch die externe Applikation des Mittels, von J. A. Raubenheimer ... 537
Über Chininum lygosinatum, von Josef Szendrö ... 537
Über ein neues Buccopräparat (Diosmal), von Paul Runge ... 537
Ein zweckmäfsiger Ersatz für das englische Pflaster, von A. Philippson ... 537
Über Empyroform, ein neues Teerpräparat, von Alfred Kraus ... 537
Über Empyroform, ein trocknes, fast geruchloses Teerpräparat, von Bruno Sklarek ... 538
Das Epitholgold und Epitholsilber in der Chirurgie und Dermatologie, von Arthur Strauss ... 538
Das Fluor-Epidermin in der Behandlung alltäglicher Wunden, von Wilh. Meitner 539
Über das Helmitol, ein neues Harnantiseptikum, von P. Rosenthal ... 539
Klinisches und Bakteriologisches über Helmitol, von Josef F. Müller ... 540
Über Helmitol, von Seifert ... 540
Das Ichthalbin und seine therapeutische Verwendung, von Julian Marcuse ... 540
Über unsere Erfahrungen mit Ichthargan, von Karl Neuwerth ... 540
Weitere Mitteilungen über die Anwendung und Wirkung des Jodipin, von Eduard Hönigschmidt ... 540
Über Jodophen, von P. Benassi ... 540
Der innerliche Gebrauch von Jodtinktur an Stelle von Jodkalium, von Paul Richter ... 541
Über Mesotan, von Joh. Kropil ... 541
Erfahrungen mit Mesotan, von Heinrich Kayser ... 541
Über therapeutische Versuche mit Petrosapol (Petrolan) und Petrosulfol von S. Ehrmann ... 541
Über den therapeutischen Gebrauch der Pikrinsäure, von F. V. Milward ... 542
Experimentelle Studien über die Lokalisation des Quecksilbers bei Quecksilbervergiftung, von Johan Almkvist ... 543
Antiseptische und toxische Wirkung einiger organischer Quecksilberpräparate, von Vinci ... 544
Die Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen, von Schmidt ... 556
Neue Lampe nach Reyn-Finsen, von Nagelschmidt ... 557
Eisenbogenlicht contra konzentriertes Kohlenbogenlicht, von G. Busck ... 567
Neue Quecksilbersalze zur Injektion, von L. Jullien und F. Berlioz ... 571
Über Quecksilbereinspritzungen, von L. Jullien ... 572
Über Quecksilbervelopurin und einige andere mit Velopurin bereitete Salben, von Walther Rosenberg ... 572
Quellsalzseifen bei Hautkrankheiten, von Bardach ... 572
Tannochrom und dessen Bedeutung für die externe Therapie, von J. W. Frieser 573
Über Thigenol, von Edmund Saalfeld ... 573
Über den therapeutischen Wert des Thigenols, von Bianchini ... 573
Die toxische Wirkung des Urotropins; Hämaturie und Hämaglobinurie als Folge von 0,45 g desselben, von Warren Coleman ... 574
Yohimbin als Tonikum und Aphrodisiakum, von A. Kronfeld ... 574

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Das akute circumskripte Ödem, von J. Mendel ... 64
Urticaria ab ingestis, von Bramwell ... 64
Eigentümliche Ätiologie mehrerer gleichzeitig aufgetretener Fälle von Urticaria, von Masure ... 64
Zwei Fälle von Raynaudscher Krankheit, von Crisafi ... 64
Über die Toxine von Aspergillus fumigatus und Aspergillus flavescens und deren Beziehungen zur Pellagra, von Carlo Ceni und Carlo Basta ... 64
Die Anomalien des Stickstoffwechsels bei der Pellagra, von Moreschi ... 65
Wie ist die Ausbreitung der Pellagra in Ägypten zu bekämpfen? von F. M. Sandwith ... 65

Seite

Purpura haemorrhagica nach einem Seebade, von E. Tonge ... 65
Purpura haemorrhagica nach Scharlach, von J. Cullen ... 65
Eine seltene Form von Purpura, von H. L. Gordon ... 65
Einige physiologische Faktoren für die Entstehung des Skorbut, von Ray Ravone Rogers ... 66
Ein Fall von Skorbut bei einem Säugling, von D. Young ... 66
Ein Fall von Purpura rheumatica, von R. S. Wells-Kircowan ... 66
„Urticaria perstans", von Schirrmacher ... 177
Die Purpura, von Louis Török ... 188
Über das flüchtige Reizödem der Haut und sein klinisches Vorkommen, von L. Philippson ... 203
Urticaria pigmentosa, von Moberg ... 271
Über Adrenalinum hydrochloricum bei einem Falle von Morbus maculosus Werlhofii, von Deckers und Meessen ... 282
Ein Fall von chronischem Purpuraerythem, von W. Osler ... 345
Über die Formen und Grenzgebiete der chronischen Urticaria, von Mense ... 395
Ein Fall von Skorbut, von Latour ... 574
Skorbut bei Kindern, von W. S. Colman ... 575
Ein Fall von schwerer Purpura haemorrhagica; Werlhofsche Krankheit, von Ladevèze ... 575
Zur Kenntnis der Purpura haemorrhagica, von Alois Pick ... 575
Ein Fall von Purpura fulminans, von G. Ogilvie ... 575
Ein Fall von Henochscher Purpura, von Otto Rommel ... 575
Purpura (Peliosis) rheumatica mit fäkalem Erbrechen, von J. E. Judson ... 576
Ein Fall von Werlhofscher Krankheit, welcher einen Petechialtyphus vortäuschte, von E. Malincolico ... 576
Ein Fall von Ödem des Gesichts, von Geoghhegan ... 576
Ödem des Gesichts, von T. Churton ... 576
Ein Fall von allgemeiner Lymphstauung der Haut (Stauungsödem) nach Vereiterung des größten Teils der regionären Lymphdrüsen, von Arnold Sack ... 576
Kongenitales Ödem einer Oberextremität, von F. J. Collet und Maurice Beutter ... 577
Über traumatisches Ödem des Handrückens, von Borchard ... 577
Das Protargol in der Therapie der Unterschenkelgeschwüre, von Lazar Markovics ... 578
Die Quinkesche Krankheit, von Bastogi ... 578
Die mechanische Behandlung des Haut- und Höhlenhydrops, von Kroenig ... 578
Zur Ätiologie der Urticaria im frühen Kindesalter, von B. Bendix ... 578
Über Pellagra mit Berücksichtigung ihres Vorkommens im südlichen Teile der Bukowina, von Max Würzel ... 579
Über die Lokalisation der Aspergillussporen in den Mesenterialdrüsen der Pellagrakranken, von C. Ceni ... 579
Symmetrische Gangrän (Raynauds) und Endarteritis obliterans, von James Dudley Morgan ... 579

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Ein neues Verfahren bei Unguis incarnatus, von E. Deraucourt ... 66
Klinische und pathologische Studie über Verbrennungen, von A. Ravogli ... 66
Ein Fall von schwerer Verbrennung mit hydriatischen Bemerkungen zur Behandlung der Brandwunden, von Friedrich Grosse ... 67
Weitere Beiträge zur Lehre von den Verbrennungen, von St. Weidenfeld ... 67
Die forensische Beurteilung der sogenannten Röntgenverbrennungen, von G. Holzknecht ... 68
Über artefizielle Hautgangrän, von Alfred Gross ... 68
Über die durch Primula obconica erzeugte Hautkrankheit und über einen durch Primula sinensis verursachten Dermatitisfall, von A. Gassmann ... 68
Über die sogenannten scarlatiniformen Serumexantheme bei Diphtherie, von Karl Leiner ... 69
Über diabetische und arthritische Dermatosen, von S. Ehrmann ... 69
Über diabetische Gangrän, von Hartmann ... 70

Seite

Ein Fall von schwerer Dermatitis nach Merkurialsalbe, von Lavrence E. Holmes 70
Jododerma tuberosum fungoides, von Schütze ... 173
Ulcus infolge von Röntgenbestrahlung, von Strassmann ... 177
Fieberhafte Allgemeinerkrankung mit Exanthem bei Röntgendermatitis, von G. Holzknecht ... 274
Dermatitis venenata, von J. C. White ... 506
Ein neues Arzneiexanthem vom Jodoformtypus, von S. Pollitzer ... 508
Über Koilonychia und Platyonychia hereditaria, von L. Waelsch ... 562
Interessanter Beitrag zum Kapitel der Verbrennungen ... 579
Über einen Fall von Verbrennung von enormer Ausdehnung mit Ausgang in Heilung, von K. Jegormin ... 580
Über die Behandlung der Brandwunden mit Ichthyol, von Hugo Goldmann ... 580
Die forensische Beurteilung der sog. Röntgenverbrennungen, von G. Holzknecht 580
Behandlung der Verbrennungen mit pflanzlichen Mitteln, von Liégois ... 580
Ein neues Material zum Schutze der gesunden Haut gegen Röntgenlicht, und über radiologische Schutzmafsnahmen im allgemeinen, von G. Holzknecht und R. Grünfeld ... 581
Erkrankung von Arbeitern in der P.schen Asphaltpappe-Fabrik, von Rump ... 581
Gewerbliche Berufserkrankung der Gerber, von Löwenbach ... 581
Ein Fall von Bromoderma ulcerosum, von R. Ledermann ... 581
Jodexanthem, von J. H. Sykes ... 582
Karbolgangrän durch Karbolwasserumschlag, von Romeick ... 582
Dermatitis toxica, hervorgerufen durch Rhus vernicifera, von Andreas Buraczinski ... 582

II. Neurotische.

Über Prurigo lymphatica, von A. Buschke ... 70
Über Erythromelalgie bei Syringomyelie des Cervikalmarks, von Taubert ... 71
Zona ophthalmica fronto-nasalis, von Camille Fromaget ... 71
Die Pathologie des bei akuter kroupöser Pneumonie entstehenden Herpes labialis und nasalis und des Körpers sonst, sowie dessen Beziehung zum sogenannten Herpes zoster, von W. T. Howard ... 71
Hysterische Ulceration, von Halberstädter ... 178
Zur Histologie des Zoster, von S. Pollitzer ... 184
Über hysterische Neurosen der Haut, von A. van Harlingen ... 349
Herpes der oberen Portion des linken fünften Nerven mit Ptosis; Paralysis des rechten dritten Nerven mit Iritis; Diabetes, von Arthur Hall ... 468
Ein Fall von symmetrischer Gangrän, von E. B. Bronson ... 507
Über einige nervöse Hauterkrankungen und deren Behandlung von Max Joseph 582
Zwei Fälle chronischer zonenförmiger Hauterkrankungen, von F. Lommel ... 583
Über den Herpes, von Ludwig Merk ... 583
Der Herpes zoster, von Chauffard ... 583
Herpes brachialis mit Paralyse des Deltoides, von S. V. Pearson ... 584
Doppelseitiger Herpes zoster im Gebiete des 10. bis 12. Dorsalsegmentes, von Reckzeh ... 584
Über Herpes progenitalis und Schmerzen in der Regio pubica bei Plattfufs, von S. Ehrmann ... 584
Erythema exsudativum multiforme, Chorea, Rheumatismus nodosus, Endo-Pericarditis, von Martin Hohlfeld ... 585
Dermatitis herpetiformis (Dermatitis polymorphe douloureuse), von Brocq ... 585
Dermatitis hiemalis, von William Thomas Corlett ... 585
Die pathologische Anatomie der Erythromelalgie, von Shaw. ... 586

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Über einige Verhältnisse, durch welche exanthematische Ausschläge beeinflufst werden, von J. Reid ... 71
Die Diagnose der exanthematischen Fieber aus der Untersuchung des Leukocytengehaltes des Blutes, von J. Courmont ... 72

Seite

Die Bierhefe bei der Behandlung der mit Exanthemen verbundenen Infektionskrankheiten bei den Strepto- und Staphylokokken, von Presta und Tarruella ... 72
Die Bierhefe bei der Behandlung der akuten Exantheme und des Erysipel ... 72
Einige Beobachtungen über Scharlach, von Philipp Newcomb ... 72
Das Mikroskop in der Diagnose des Scharlachfiebers, von W. K. Jacques ... 73
Über die Diffundierbarkeit des Scharlachvirus, von J. Sutherland ... 73
Über die Kontagiosität und die Prophylaxe der Scarlatina, von Martucci ... 73
Der Nutzen der Isolierung der Scharlachfälle in Hospitälern, von S. Cameron. 74
Ein interessanter Scharlachfall, von Reinige ... 74
Bemerkung zum „Rezidivieren" von Scharlachfällen, von A. B. Sloan ... 74
Ein Fall von Scharlach mit interessantem Rezidiv, von H. Fraser ... 74
Zum fünften Male Scharlachfieber, von Fielding ... 75
Zum fünften Male Scharlachfieber, von Everard ... 75
Bemerkungen zur Scharlach- und Diphtherieniere, von O. Heubner ... 75
Arthritis bei Scharlachfieber und Erysipel, von H. Marsh ... 75
Beitrag zur Lichttherapie bei Scharlach. Lange Dauer der Kontagiosität bei dieser Krankheit, von E. Schoull ... 76
Über einen mit normalem Blutserum behandelten Fall von schwerem Scharlach, von C. S. Engel ... 76
Über die Behandlung des Scharlachs mit einem Scharlachstreptokokkenserum, von Paul Moser ... 76
Über Antistreptokokkenserum bei Scharlach, von Adolf Baginsky ... 77
Über Antistreptokokkenserum bei Scharlach, von A. Baginsky und Hans Aronson ... 77
Scharlachfieberserum ... 77
Scharlach und Masern gleichzeitig auftretend, von E. A. Dent ... 77
Anginöse Scarlatina, durch Masern und Diphtherie kompliziert, von John B. McGee ... 78
Das Verhalten des Blutes bei Masern und Scharlach im Kindesalter, von Reckzeh 78
Die Masern, eine gefährliche Infektionskrankheit ... 79
Zwei seltenere Masernfälle, von Jul. A. Grober ... 79
Das Koplikssche Symptom bei der Maserndiagnose, von E. Castelli ... 79
Das Syndrom von Weber mit Gangrän der Zehen im Verlaufe einer Roseola, von Simonin und Dopter ... 79
Arthritis als Komplikation bei Masern, von R. Craik ... 80
Einige Komplikationen von seiten des Ohres bei Masern und deren Behandlung, von H. Jarecky ... 80
Über Masernotitis und deren prophylaktische Behandlung, von Martin Sogar. 80
Ein seltener Masernfall, von Bernhard Nachold ... 80
Masern und Varicellen, von Blackett ... 80
Röteln und Masern, von J. Reid ... 81
Über scharlachähnliche Röteln, von Fred. C. Curtis und Henry L. K. Shaw 81
Ein seltener Verlauf eines Varicellafalles, von S. Ssana ... 81
Die Leukocyten bei Varicellen, von P. Nobecourt und P. Merklen ... 82
Das Verhältnis der Blutkörperchen bei Varicellen, von Ed. Weil und A. Descos 82
Ein Fall von Arthritis als Folge von Varicellen, von H. Lacasse ... 83
Zur Lösung der Variola-Varicellenfrage, von Swoboda ... 83
Vorläufige Mitteilungen über die Parasiten der Variola und Varicellen, von R. S. Thomson und John Brownlee ... 83
Variola und Revaccination, von T. H. Donovan ... 83
Einige Abarten, Komplikationen und Folgeerscheinungen von Pocken, wie in der Epidemie zu Norfolk 1898—1899 solche beobachtet wurden, von L. C. Shepherd ... 84
Varicellen oder Variola, von Duxbury ... 84
Die Diagnose der Pocken, von William T. Corlett ... 84
Die Gesetzgebung in Bezug auf Variola und Vaccination, von S. W. Abbott ... 84
Variola und deren Diagnose, von J. T. Bollard ... 85
Untersuchungen über das Contagium der Pocken, von W. Dombrowski ... 85
Unsere neuerliche Pockenepidemie und das Impfen, von F. J. Runyon ... 85
Unsere neuerlichen Pockenepidemien und das Versagen der Glycerinlymphe, von F. J. Runyon ... 85
Variola in England und Wales ... 85

Seite

Variola in England und Schottland ... 85
Die Ätiologie der Blattern, speziell bezüglich der Mikrobiologie, von William Seagrove Magill ... 86
Über die Untersuchung des Pockenerregers, von Keïsuse Tanaka ... 86
Über Aplasie bei akuten Erkrankungen nebst Bericht über einen als Komplikation von Pocken aufgetretenen Fall, von C. J. Aldrich ... 87
Ungewöhnliche Fälle von Variola, von H. N. Barnett ... 87
Variola bei einem kurz vorher geimpften Manne, von Hale ... 87
Ein Beitrag zum Studium der Nephritis bei Pocken auf Grund von Urinanalysen in 128 Fällen, von William M. Welch und Jay F. Schamberg ... 87
Welchen Einfluſs haben die einmal überstandenen Pocken auf die nachherige Vaccination oder Revaccination? ... 88
Über den Wert des Salols bei Variola, von R. S. Thomson und A. Love ... 88
Bemerkung über die Anwendung der Bierhefe bei Variola, von Conche ... 88
Die Arbeiten Ed. Jenners, und deren Wert für das jetzige Studium der Blattern, von George Dock ... 89
Einige Worte zur Impffrage, von G. Boulengier ... 89
Einige Tatsachen mit Bezug auf die Impffrage; Erfahrungen bei der neuerlichen Pockenepidemie in der Grafschaft Essex, von C. Fraser ... 90
Einige Mitteilungen über die Vaccination, von Heman Spalding ... 90
Impfanstalten in Italien, von M. Freyer ... 90
Einige volkstümliche Einwände gegen das Impfen, von W. R. Fisher ... 90
Einige wissenschaftliche und praktische Betrachtungen über Schutzimpfung, von P. H. Bryce ... 91
Beitrag zum Studium der histologischen Veränderungen bei den Schafblattern, von Tabusso ... 91
Impfausschläge, von H. P. Towle ... 91
Ausschläge und Komplikationen bei der Kuhpockenimpfung, von G. Pernet ... 91
Beiträge zur Kenntnis der Nebenpocken im Verlaufe der Vaccination, sowie der postvaccinalen Exantheme, von Alfred Groth ... 91
Tetanus nach Schutzpockenimpfung, von W. J. Cooke ... 92
Impfung und Pocken, von S. H. Durgin ... 92
Einige klinische Seiten der Wiederimpfung, von A. Maude ... 132
Die Wirkung der Revaccination der Mutter während der Schwangerschaft auf die Frucht, von J. F. Palmer ... 132
Über den Effekt der Revaccination der schwangeren Mutter auf die Leibesfrucht, von A. Maude ... 133
Der Effekt der Revaccination auf den Foetus während der Schwangerschaft der Mutter, von Ballantyne ... 133
Zur Erforschung der Immunität durch die Vaccination, von Keïsuse Tanaka. 133
Das Impfwesen auf der Weltausstellung zu Paris 1900, von Burkhardt ... 133
Impfergebnisse und Impftechnik, von Paul Schenk ... 134
Die verschiedenen Methoden der Impfung und ihre Resultate, nebst Empfehlung der besten Methoden, von F. M. Wood ... 134
Über die Sterilisierung der Impfmesser, von P. H. Sagrandi ... 134
Untersuchung über die Ursachen, welche ein Schwanken in den Resultaten der Impfung herbeiführen können, von Ferrier ... 135
Die Herstellung der animalischen Vaccine, von Th. Smith ... 135
Impfungen: Unfälle und ungünstige Wirkungen, von J. H. McCollom ... 135
Über Mifserfolge bei der Schutzpockenimpfung mit tierischer Vaccine, von Benoit und Roussel ... 135
Das Impfen: die Technik, von E. A. Darling ... 135
Über die rasche Depuration der Kuhpockenlymphe, von Sbriscia ... 136
Impfstoff für Wiederimpflinge, von H. Berger ... 136
Über den Unterschied der Wirkung von frischer und gelagerter Glycerinlymphe, von E. Levy ... 136
Das Vaccinevirus mit besonderer Berücksichtigung der Gefahren der Glycerinlymphe, von F. J. Runyon ... 136
Nochmals „die viel umstrittene Impffrage“: besitzen wir eine Normal-Glycerinlymphe? von F. J. Runyon ... 137
Sekundäre Ausschläge bei Variola, von J. F. Schamberg ... 187
Beitrag zur Pockeninfektion, von Trautmann ... 205
Über die Ansteckung bei Scharlach durch entlassene Rekonvaleszenten, von P. Aaser 304

Seite

Über die Impfung in Bosnien und der Herzegowina und deren Einfluſs auf das Vorkommen der Blattern, von Kobler ... 384
Einige Beobachtungen über Variola, von Leslie Roberts ... 468
Postvaccinal entstandenes parasitäres Ekzem, von Ledermann ... 556
Einige differentialdiagnostisch wichtige Merkmale der Exantheme, von William L. Somerset ... 586
Eine bösartige Scharlachepidemie, von Günther ... 586
Der Streptococcus und Scharlach ... 587
Über akute Nekrose des Warzenfortsatzes und Felsenbeins nach Scharlach, von G. Heermann ... 587
Über Prophylaxe und Behandlung des Scharlachs, von E. W. Saunders ... 588
Die Erfolge der Serumbehandlung des Scharlach an der Universitäts-Kinderklinik in Wien, von Theodor Escherich ... 588
Mosers Scharlach-Streptokokkenserum, von Pospischill ... 588
Anwendung von Sozojodol-Natrium bei Scharlach, von F. Blumenfeld ... 588
Über Influenzabacillenbefunde bei Masern- und Scharlacherkrankungen, von Carl Liebscher ... 589
Über eine seltene Masseninfektion in einer Familie, von Siegmund Kohn ... 589
Über Masernkroup und vier Fälle von Tracheotomie wegen desselben, von M. Dodin 589
Sind die Koplikschen Fälle ein sicheres Frühsymptom der Masern? von Aronheim 589
Bemerkung zu dem Artikel von Dr. Aronheim: „Sind die Koplikschen Flecke ein sicheres Frühsymptom der Masern?“ von J. Schwalbe ... 589
Röteln, Differentialdiagnostik der akuten Exantheme, von Ch. Bäumler ... 590
Sind Varicellen eine ausschlieſsliche Kinderkrankheit? von Th. v. Genser ... 590
Varicellen an der Conjunctiva, von A. C. Pearson ... 590
Die Variolaepidemie in England ... 590
Die jüngste Variolaepidemie in London, von Newman ... 591
Die Variolaepidemie in England ... 591
Die Pockenepidemie in England ... 591
Die Pocken, von Ch. Bäumler ... 591
Die Variola und die gesellschaftliche Stellung, von Macdonell ... 591
Eiterung und deren begleitendes Sekundärfieber, eine Komplikation und nicht ein Hauptsymptom der Blattern, von Jennie G. Drennam ... 591
Variola beim Foetus, von A. Warner ... 592
Ein atypischer Fall von Variola, von Th. J. Selby ... 592

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

Die Lepra in Birma, von Emil Laurent ... 31
Die Diagnose der Lepra und des Lupus der Nase mit Hilfe der bakteriologischen Untersuchung des Nasenschleims nach Verabreichung von Jodkalium, von L. E. Leredde und L. Pautrier ... 131
Die soziale Behandlung der Leprösen während der christlichen Ära, von Albert S. Ashmead ... 137
Das Leprahospital in Havana, von J. Dyer ... 137
Larvierte oder sporogenetische Lepra, von Albert S. Ashmead ... 137
Ein Fall von Lepra tuberosa in Triest, von Emanuel Freund ... 137
Zur Histologie der infektiösen Granulome, von Secchi ... 138
Die Heilung (?) der Lepra durch Chaulmoograöl, von Albert S. Ashmead ... 138
Lepra tuberosa, behandelt mit X-Strahlen, von Oudin ... 138
Lepra tuberosa, behandelt mit Röntgenstrahlen, von Oudin ... 283
Ein Fall von Lepra tuberosa in klinischer, pathologisch-anatomischer und bakteriologischer Beziehung, von J. Hubert ... 318
Über die Rolle der Heredität bei der Lepra auf Grund einiger Beobachtungen an Neugeborenen, von Reschetillo ... 318
Über die soziale Prophylaxe der Lepra, von Reschetillo ... 318
Das Vorkommen von Lepra in Bosnien und der Herzegowina, von Glück ... 392
24 Sektionsbefunde von Leprösen, von Wodinsky ... 392
Die Lepra der Ovarien, von L. Glück und R. Wodinsky ... 462
Das Eindringen der Lepra in Algier, von L. Raynaud ... 473
Eine rasche Methode, die Lepra zu diagnostizieren, von F. J. Shepherd ... 508
Zwei Fälle von Lepra, von Sokolow ... 557

β. *Tuberkulose.*

Seite

Die neueren Anschauungen über die Tuberkulosen der Haut und die tuberkulösen Angiodermatitiden, von L. E. Leredde 139
Klinische Bemerkungen über die Tuberkulose der Haut, von Neumann 139
Erythema induratum und Tuberkulose, von Thomas 140
Tuberkulid, von Klingmüller 177
Lupus follicularis disseminatus, von S. Bettmann 190
Lupus des Gaumensegels, von Landouzy 190
Die Bekämpfung des Lupus vulgaris, von Niels R. Finsen 190
Ein Fall von Lupus vulgaris; Behandlung mittels Exzision und Wiederaufsetzens der Haut, von B. H. Nicholson 191
Ausgedehnter Lupus, geheilt durch Exzision mit nachfolgender Epidermisüberpflanzung, von Matagne 191
Das Kalium permanganicum bei der Behandlung des Lupus vulgaris, von Verrotti 191
Lupus, behandelt mit Coleys Flüssigkeit, von Woodcock 191
Lupusbehandlung, von Credé 218
Die Behandlung des Lupus vulgaris, von Behaegel 219
Die Lichtbehandlung des Lupus, von O. v. Petersen 219
Über einen Fall von Lupus des Scrotum und Penis, von J. Wallart 271
Über eine verblüffend einfache Methode der Lupus- und Carcinombehandlung mit hohen Kältegraden, von Arning 891
Tuberkulid der Planta pedis mit Knötchengruppen, von Jordan 393
Lupus vulgaris pharyngis, von Holger Mygind 401
Über die Pathogenese des Lupus und ihre Bedeutung für die Behandlung desselben, von L. Philippson 463
Die Verbreitungswege der Tuberkulose von der Schleimhaut zur äufseren Haut der Nase, von Ch. Audry 473
Die Anwesenheit von eigentümlichen, verkalkten Körpern im lupusähnlichen Gewebe, von T. C. Gilchrist und W. R. Stokes 507
Beitrag zu den tuberkulösen Hauteruptionen. Erythrodermia exfoliativa universalis tuberculosa, von E. Brunsgaard 560
Über bovine Impftuberkulose, von O. Lassar 566
Beitrag zum Studium der Tuberkulide, von Nicolau 568

γ. *Syphilis.*

Über Mandelschlitzung bei einigen Fällen von langwieriger und rezidivierender Lues der Tonsillen, von Nicolai 28
Geschichte einer ehelichen Syphilis; Hirnsyphilis der Frau; Coma; Tod, von Henri Malherbe 31
Bemerkungen über den Unterricht in Dermatologie und Syphilis. Erwiderung auf einen früheren Artikel von Ch. Audry, von Gastou 31
Die Frage bezüglich der parasyphilitischen Affektionen. Heilbarkeit der Tabes und der progressiven Paralyse durch intensive Quecksilberbehandlung, von L. E. Leredde 81
Über das pathologisch-anatomische Charakteristikum der Syphilis, von J. Renaut 91
Hereditäre Frühsyphilis ohne Exanthem, von Carl Hochsinger 120
Über die Beziehungen zwischen Elephantiasis vulvae und Syphilis, von M. Tschlenow 120
Über hereditäre Syphilis und Hämatoporphyrinurie, von E. Vollmer 122
Zur pathologischen Anatomie der Syphilonychia ulcerosa unguium hereditaria, von Julius Heller 122
Die Vererbung der Syphilis, von R. Matzenauer 128
Versuche, die Syphylis auf Schweine zu übertragen, von A. Neisser 130
Die Frage bezüglich der parasyphilitischen Affektionen. Die Heilbarkeit der Tabes und der progressiven Paralyse durch intensive Quecksilberbehandlung, von L. E. Leredde 130
Die Gefahren der Quecksilberbehandlung, von Leredde 131
Luetischer, apoplektischer Insult, von Albrecht 174
Menièresche Krankheit bei Syphilis, von Albrecht 175
Entzündung der Sehnenscheiden und der oberflächlichen Schleimbeutel an den Handrücken, von Adler 175
Hg hermophenylicum zur Syphilistherapie, von Seegall 177

Seite

Gumma am Unterschenkel, von Straſsmann ... 177
Luetische Periostitis, von Harttung ... 177
Syphilitische Nephritis, von Ortmann ... 178
Papulöse Syphilide, von Harttung ... 178
Annuläres kleinpapulöses Syphilid, von Schäffer ... 178
Hemiplegia syphilitica, von Harttung ... 178
Gumma der Stirn, von Urban ... 179
Über sogenannte Hasenvenerie, von Theodor Mayer ... 182
Die moralische Ätiologie der Syphilis, von Prince A. Morrow ... 184
Myositis syphilitica, von J. A. Fordyce ... 186
Über Einleitung, Pathogenese und Behandlung der syphilitischen Deuteropathien, von H. Hallopeau ... 188
Extragenitale Syphilome, von Vignolo-Lutati ... 189
Polemik über die Frage „gesundes Kind von syphilitischer Mutter", von Profeta 189
Syphilis des Nervensystems, von Coulter ... 211
Das Sublamin in der Syphilisbehandlung, von Friedländer ... 211
Eine klinisch-histologische Studie über sechs Fälle von peripilärem Syphilid, von Georges Jonitescu ... 213
Die tertiäre Syphilis im Heer und in der Bevölkerung von Tunis, von L. Batut 214
Die Lues americana, die Franzosen- und Neapolitaner-Krankheit zur Zeit Karls des VIII., von H. Comes ... 219
Die Syphilis und die Lebensversicherung, von Byrom Bramwell ... 219
Über die Angst vor der Syphilis und ihren Folgeerscheinungen (Syphilidophobie), von Max Rothmann ... 219
Die Syphilis als ursächliches Moment für Pyorrhoea alveolaris, von A. H. Ohmann-Dumesnil ... 220
Tonsillenschanker, von F. Vidal ... 220
Syphilitische Reinfektion, von Ravasini ... 220
Das pathologisch-anatomische Charakteristikum der Syphilis, von J. Renaut ... 220
Die parasyphilitischen Krankheiten. Die Heilbarkeit der Tabes und der progressiven Paralyse durch intensive Quecksilberbehandlung, von Leredde ... 220
Einige interessante Syphilisfälle, von Bleicher ... 221
Über Syphilis gravis, von Gustav Haberhauffe ... 221
Blutuntersuchungen bei ulcerösen und gummösen Formen der Syphilis mit besonderer Berücksichtigung des Eisengehaltes, von Georg Löwenbach und Moritz Oppenheim ... 221
Über Blutveränderungen durch Syphilis und Quecksilber mit besonderer Berücksichtigung ihrer diagnostischen Verwertung, von J. Justus ... 221
Über Syphilisimmunität, von Düring ... 222
Weitere Beiträge zur Lehre von den Syphilisbacillen, von Max Joseph und Piorkowski ... 223
Gummata an Injektionsstellen von Quecksilberpräparaten, von Fritz Juliusberg 224
Über eine bei Syphilitischen vorkommende Reaktion der Zungenschleimhaut auf Quecksilber und ihren diagnostischen Wert bei latenter Lues, von Eutgen Baroch ... 224
Zur Kasuistik der circumskripten, syphilitischen, sklerösen Glossitis, von Radzich 224
Ein schwerer Fall von tertiärer Syphilis, von Mosca ... 225
Über einige seltene Formen von luetischen Gummata, von Pini ... 225
Über syphilitische Beckenzellgewebsentzündung, von M. Loeb ... 225
Syphilis der Leber, von Charles G. Stockton ... 225
Ein neuer Fall von syphilitischem Tumor des Magens, von Max Einhorn ... 226
Die syphilitische, fibröse Darm- und Magenstriktur, von Heinrich Grofs ... 226
Die syphilitischen Herzaffektionen, von J. W. Runeberg ... 226
Die pathologische Anatomie der syphilitischen Herzaffektionen, von U. Quensel 226
Syphilitische Aortitis und Tabes, von Jean Lépine ... 227
Die Syphilis des Herzens, von Breitmann ... 227
Syphilitische Aortitis, von H. Huchard ... 228
Nephritis syphilitica acuta, von Waldvogel ... 228
Über parenchymatöse Nephritis bei Lues, von Max Wagner ... 229
Leukoderma syphiliticum, von Welander ... 268
Merkuriolöl, ein neues Quecksilberinjektionsmittel, von Magnus Möller ... 274
Oleum mercuriolii (90 % Hg), ein neues Injektionspräparat aus metallischem Quecksilber, von A. Blomquist ... 275

Seite
Zur Behandlung der fötalen Syphilis nach Riehl, von Hans Vörner 276
Die Frage von den Quecksilberinjektionen, von Ed. Desesquelle 283
Der Gesundheitszustand in Bezug auf Syphilis bei den Prostituierten in den Pariser Bordellen vom Jahre 1872 bis inkl. 1903, von L. Butte 284
Syphilis und Nierenchirurgie, von Margulies 285
Ein Fall von Nephritis parenchymatosa syphilitica, von F. Mühlig 285
Über einen Fall von Nephritis syphilitica, von Colmayer 285
Ein Fall von geheiltem syphilitischen Irresein in der Art des paralytischen Irreseins, von P. Kéraval und P. Caudron 286
Zur Symptomatologie der syphilitischen Paraplegia spasmodica, von Marie 286
Zur Behauptung von der Quecksilberätiologie der Tabes, von Paul Cohn 286
Über die Bedeutung der Syphilis in der Pathogenese der Tabes, von Wilhelm Friedländer 286
Über syphilitische Pseudotabes und die Differentialdiagnose von Tabes, von Joseph Collins 287
Über juvenile Tabes und ihre Beziehungen zur hereditären Syphilis, von P. Linser 287
Über die Bedingungen zu erfolgreicher Behandlung der syphilitischen Tabes, von Duhot 288
Die syphilitischen Herzaktionen, von Runenberg 303
Die pathologische Anatomie der syphilitischen Herzkrankheiten, von Quensel .. 303
Mundpflege bei Quecksilberkuren und einigen Mundaffektionen, von Julius Müller 305
Die Frage von den Quecksilberinjektionen, von Ed. Desesquelle 311
Syphilis des Magens, von Alfred Fournier 314
Syphilis des Magens, nach den Vorträgen Dieulafoys, von Levy-Bing 315
Gegenwärtiger Standpunkt der Syphilisfrage, von Barthélemy 315
Heredosyphilis, Glossitis marginalis hereditaria, von Gaucher 315
Psoriasis und Lues, von Brocq 315
Syphilis ulcerosa maligna präcox. Syphilitische Kachexie, welche allen Behandlungsmethoden widerstand und nur durch Anwendung der Pollinischen Pulver geheilt wurde, von Nicolich 316
Beitrag zur Indikation des Jodipin Merck bei der Behandlung der Syphilis, von d'Amato 317
Die Störungen des Sehorgans bei Gehirnsyphilis, von P. Barabaschew 318
Elephantiasis syphilitica, von A. Ustinow 319
Syphilisimpfversuche bei jungen Schweinen, von S. Sowinsky 319
Ein Beitrag zur Geschichte des Auftretens der Syphilis in Deutschland, von Paul Richter 323
Die Vererbung der Syphilis. Ist eine paterne Vererbung erwiesen? von Rudolf Matzenauer 323
Bemerkungen zu dem Vortrage: „die Vererbung der Syphilis", von Kornel Preisich 325
Die Erkennung der fötalen Syphilis, von Rudolf Hecker 325
Zur Frage der Syphilis congenita, von Guiseppe Profeta 327
Zur Diagnose und Behandlung der hereditären Syphilis, von E. Harrison Griffith 328
Beiträge zur Kenntnis der kongenitalen Syphilis der Leber, von Paul Erdmann 328
Ein Fall von Syphilis tarda, von J. Lippe 328
Bericht über die vier fälschlich für Blattern angesehenen Fälle von Syphilis, mit Bemerkungen über die Differentialdiagnose dieser beiden Krankheiten, von Jay F. Schamberg 328
Beitrag zur Anatomie des Primäraffektes, von Robert Bernhardt 329
Beiträge zur Kasuistik und Statistik der extragenitalen, syphilitischen Primäraffekte, von Curt Friedmann 329
Ein eigenartiges hämorrhagisches Syphilid der Haut, von P. Thimm 329
Syphilis des Kehlkopfes, von Charles M. Robertson 330
Beitrag zur Knochensyphilis im Röntgenbilde, von von Niessen 330
Syphilitische Periostitis des Warzenfortsatzes, von F. J. Collet und Maurice Beutter 330
Zwei Fälle von interstitieller Nephritis bei Syphilis hereditaria, von Sutherland und Th. Walker 331
Die syphilitische Natur der Tabes und allgemeinen Paralyse, von Leredde 331
Über gummöse Syphilis der Mamma, von Julius Heller 332

Seite
Leberresektion wegen Gumma, von Emmerich Ullmann 332
Über eine bei Syphilitischen vorkommende Quecksilberreaktion, von Rille 332
Die Prognose und Behandlung der syphilitischen Erkrankung des Nervensystems, von W. R. Gowers 333
Die klimatische Behandlung der Syphilis, von Douty 333
Die Abortivbehandlung der Syphilis, von Rob. Duhot 333
Die Behandlung der Syphilis, von W. D. Trenwith 333
Therapeutische Indikationen für die intravenösen Injektionen von cyansaurem Quecksilber, von Ch. Abadie 334
Die Serotherapie der Syphilis, von Siegfried Gross 334
Über Behandlung schwerer Syphilisformen mit Jodquecksilberkakodylat, von Georg Loewenbach 335
Die „gemischte Behandlung" bei Syphilis, von A. Ohmann-Dumesnil 336
Die Syphilis und das ärztliche Berufsgeheimnis, von P. A. Morrow 344
Intratracheale Quecksilbereinspritzungen in der Behandlung der Syphilis, von Paul Carnot 358
Die Behandlung der Syphilis mit Kalomelinjektionen, von E. Lesser 358
Das Sublamin in der Syphilis-Therapie, von M. Friedländer 358
Zur Kritik der Syphilisbehandlung im Kreiskrankenhaus Lichterfelde, von Paul Richter 358
Über die Bekämpfung der Syphilis in Bosnien und der Herzegowina, von Glück 386
Die endemische Syphilis in Bosnien, von Glück 387
Über Tabes und Syphilis, von Höldmoser 388
Progressive Paralyse und Syphilis, von Kötschel 388
Das Vorkommen von visceraler Syphilis im Lande mit Demonstration pathologisch-anatomischer Präparate, von Wodinsky 388
Bacillenbefunde bei Syphilis, von Wälsch 389
Syphilis des Darmes, von Havas 392
Tabische Osteoarthropathie, von Stein 393
Über das Collessche und Profetasche Gesetz, von v. Düring 394
Syphilisähnliche Erkrankung zweier Affen, von Friedenthal 395
Weitere Beiträge zur Lehre von den Syphilisbacillen, von Joseph und Piorkowski 395
Mitteilungen über die protozoenähnlichen Parasiten bei Syphilis, von Max Schüller 397
Nutzen des Jodipins, von Neuhaus 398
Syphilitische Infiltration beider Lungenspitzen, von Neuhaus 398
Auftreten von tertiären Syphiliszeichen 34 Jahre nach der Infektion, von Neuhaus 399
Zur Kasuistik der Schadenersatzklagen auf Grund einer durch Geschlechtsverkehr erfolgten syphilitischen Ansteckung, von Arnold Sack 400
Zur Differentialdiagnose von Dermatosen und Lues bei den Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle und oberen Luftwege mit besonderer Berücksichtigung der Hautkrankheiten als Teilerscheinungen, von Gottfried Trautmann 404
Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis, von A. Buschke 405
Hämorrhagisches Syphilid, von Rille 454
Phalangitis gummosa, von Sokolow 456
Über die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe und den Versuch seines histochemischen Nachweises, von Richard Fischel 460
Zur Pathogenese der syphilitischen Anämie und des syphilitischen Ikterus, von F. Samberger 464
Die Cerebrospinalflüssigkeit der Syphilitiker im sekundären Stadium, von P. Ravaut 471
Der Liquor cerebrospinalis der Tabetiker, von G. Milian 471
Über Ödemknoten der Wangen (Syphilid nodosum profundum), von Ch. Audry 472
Zur syphilitischen Natur der Tabes, von Ch. Audry 472
Die Behandlung der Syphilis mit Argentum colloidale, von Ch. Audry 472
Von der Rolle der Lymphostase in der Pathogenese des Syphiloma anorectale, von Ch. Audry 473
Gangrän der Nasenspitze bei einem Fall von tertiärer Syphilis und Raynaudscher Krankheit, von F. Balzer und Ch. Fouquet 510
Übertragung der Syphilis auf einen Schimpansen durch Impfung, von Leredde. 513
Experimentelle Studien an anthropoiden Affen, von Roux und Metschnikoff. 513

Seite

Nochmals über die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe, von C. Siebert ... 563
Über strangförmige Phlebitis im Frühstadium der Syphilis, von Erich Hoffmann ... 565
Über die Entstehung des Pigmentsyphilids des Halses, von Hullen ... 569
Die Frage von den Quecksilberinjektionen, von Desesquelle ... 569
An den Zweibund gegen die These „vom gesunden Sohne von syphilitischer Mutter", von Profeta ... 569

b. *Malleus.*

Ein Fall von geheiltem Rotz beim Menschen, von Charles Nicolle ... 359

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Ein Fall von Favus des Scrotums, der gleichzeitig mit einer Trichophytie des Oberschenkels bestand und Kulturen ergab, die mit Trichophytonkulturen identisch waren, von Mewborn ... 152
Psoriasis vulgaris, von Hannemann ... 174
Psoriasis, von Lipman-Wulf ... 175
Gelblichweifse Fingernägel, von Buschke ... 175
Fall atypischer Psoriasis, von Hannemann ... 177
Erythema Bazin, von Harttung ... 178
Dermatitis herpetiformis, von Beermann ... 178
Allgemeine Hautentzündung, von Linser ... 179
Dermatitis follicularis et perifollicularis conglobata, von Ludwig Spitzer ... 179
Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées, von Ch. J. White ... 185
Beitrag zum Studium des Erythema exsudativum multiforme, von R. Panichi ... 189
Der epidemische Pemphigus der Neugeborenen, von Pasini ... 189
Beitrag zur Kasuistik des Pemphigus, von S. Prissmann ... 205
Über eine im Sommer auftretende herdweise Desquamation an den Händen, von Carayon ... 212
Über angeborene Dyskeratosen und ihre Beziehungen unter einander, von E. Lenglet ... 212
Über den Herpes des Collum uteri, von Druelle und A. Lévy ... 214
Ekzema parasitarium (seborrhoicum) capillitii et unguium, von Afzelius ... 269
Mykotische Nagelerkrankung, von Sederholm ... 269
Erythema pruriginosum senile, von Moberg ... 269
Leukoplakia buccalis, von Moberg ... 271
Eine Trichomykosis capillitii, von R. Winternitz ... 274
Bericht über einen durch Hamamelis virginica bedingten Fall von schuppendem, scarlatiniformem Erythem, von Lucy ... 282
Die Behandlung verschiedener Hautaffektionen, namentlich der Psoriasis, durch ein neues Präparat von permangansaurem Kalium, von L. Butte ... 283
Zwei Fälle von akutem Pemphigus neonatorum, von A. Whitfield ... 306
Ein Fall von Granulosis rubra nasi (Jadassohn), von MacLeod ... 306
Die Erytheme als Krankheitsanzeiger, von James Galloway ... 307
Ein ungewöhnlicher Fall von Erythema multiforme bei einem Herz- und Nierenkranken, von Arthur Whitfield ... 308
Die Behandlung der Akne rosacea mittels Phototherapie, von Leredde ... 313
Der epidemische Pemphigus der Neugeborenen, von Pasini ... 316
Über Pemphigus und pemphigusartige Dermatosen, von Radaeli ... 316
Die Quellen der Sepsis beim impetiginösen Ekzem, von Pitó ... 317
Über die sog. dystrophische Form der Epidermolysis bullosa hereditaria congenita, von W. Stanislawsky ... 318
Fälle von bullöser Dermatitis im Anschlufs an die Vaccination, von J. S. Howe 344
Parasporiasis mit Einschlufs der „Erythrodermies pityriasiques en plaques disséminées", von L. Brocq ... 347
Rezidivierende, progressive bullöse Dermatitis bei einer hysterischen Person, von Ch. T. White ... 349
Behandlung der Seborrhoea squamosa der behaarten Kopfhaut, von Gaucher . 359
Verschiedene Methoden der Krätzbehandlung, von Balzer ... 359

Seite

Die Behandlung der Krätze mit Eudermol, von O. Marenbach 359
Ein leicht entzündlicher Zustand der mit grünen Schuppen bedeckten Haut, wahrscheinlich hervorgerufen durch den Bacillus pyocyaneus, von Martin F. Engman 359
Die Behandlung des chronischen Ekzems, von Heffermann..... 360
Einige klinische Betrachtungen über Ekzem im Kindesalter, von A. Ravogli... 360
Über strichförmiges Ekzem im Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus brachii externus im Anschluss an eine Verletzung, von Orlipski 360
Psoriasis, von Wadson..... 361
Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis, von P. Bürgener..... 361
Die Psoriasis, von Du Castel 363
Psoriasis palmaris, von Th. M. Watt..... 363
Die Behandlung der Psoriasis, von W. T. Freeman..... 363
Lokalbehandlung bei Psoriasis und Molluscum contagiosum, von J. Wishart... 363
Hydroxylamin bei Psoriasis, von Leslie Phillips..... 364
Thyreoidextrakt bei Psoriasis, von Longbrotham..... 364
Über Ichthyosis vulgaris, von A. Gassmann 364
Hereditäre Ichthyosis der Handteller und Fußsohlen (Keratosis palmaris und plantaris), von George Halley..... 364
Dermatitis repens, von M. B. Hartzell..... 364
Trichophytosis, von J. B. Kessler..... 365
Trichophytie, behandelt mit Röntgenstrahlen, von A. Whitfield 365
Ein Fall von Ringworm des Gesichts und zwei weitere des behaarten Kopfes, von einem Mikrosporon der Katze verursacht; mit Bemerkungen über die Identifizierung der Infektionsquelle bei Ringwurm vermittels Reinkulturen, von Newborn..... 365
Favus erythema-squamosus bei einem Neugeborenen, von Truffi 365
Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus chronicus malignus, von Albert Fohr... 366
Ein eigenartiger Fall rezidivierenden bullösen Ausschlags, von William S. Gottheil 366
Ein seltener Fall von Staphylococcomykosis cutis im Verlaufe von Diabetes mellitus, von J. Studzinski 366
Gegen die Acne rosacea und die fette Seborrhoe des Gesichtes, von Robin 367
Fünf Favusfälle, von Glück 389
Über Erythème induré Bazin, von Harttung 393
Zur Kasuistik der Nagelerkrankungen, von Julius Heller..... 398
Acanthosis nigricans (Dystrophia papillo-pigmentosa), von Rille..... 454
Aknitis, von Sokolow..... 456
Favus des Kopfes, von Metscherski..... 456
Über Leukonychie, von Th. Brauns 463
Ein Fall von Pemphigus neonatorum P. Richter (Dermatitis exfoliativa neonatorum Ritter) mit Infektion der Mutter und Tod des Neugeborenen, von N. Ostermayer..... 465
Labiomykosis, von W. Evans..... 468
Rezidivierendes Ekzem exponierter Körperteile: Hitze- und Kälteekzem, von W. R. Warde..... 469
Über einen Fall von Lentigo infantilis profusa, von Ch. Audry 472
Dyskeratosis palmaris im Verlauf einer Ichthyosis irritabilis, von Ch. Audry.. 473
Behandlung der Trichophytia capitis mit Chrysarobin, von M. Hodara 474
Pathologie und Therapie des Ekzems, von P. G. Unna..... 477
Dariersche Dermatose, von Lesser..... 506
Athrophien um die Follikel nach Abheilen eines Lichen pilaris, von Blaschko. 506
Fall zur Diagnose, von Lippmann 506
Zwei eigentümliche Fälle von Fragilitas crinium, von G. Th. Jackson..... 508
Die Histopathogenese der Psoriasis, von G. Verrotti..... 509
Die Dermatomykosen der Kinderköpfe, von Sabouraud..... 513
Pemphigus und Pemphigoide, von F. Radaeli..... 514
Symmetrische Keratosen, von Ledermann..... 555
Arsensäureinjektionen bei Psoriasis, von Seegall 556
Trichophytia superficialis diffusa, von Adler 557
Keratosis pilaris rubra, von Pinkus..... 557
Behandlung des Favus mit Formalin, von Sokolow 557
Pityriasis rubra pilaris, von Jordan..... 558

Seite

Ein Beitrag zur Lehre von der sogenannten Epidermolysis bullosa hereditaria. Die Regenerationsbedeutung der Retentionscysten in den Schweifsdrüsenausführungsgängen, von J. Bukovsky ... 559
Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris (Devergie), von Arthur Hall ... 568

b. Cutis.

Zur Therapie des Ulcus molle, von Max Kirstein ... 29
Lichen ruber planus, von Pinkus ... 173
Lichen ruber acuminatus, von Buschke ... 173
Lichen scrophulosorum, von Blaschko ... 174
Lichen ruber verrucosus und planus, von Seegall ... 175
Granulosis rubra nasi, von Bäumer ... 175
Mykosis fungoides, von Meyerhardt ... 176
Ulcus molle am linken Knie, von Hoffmann ... 176
Lichen scrophulosorum, von Klingmüller ... 178
Lichen ruber planus, von Dübendorfer ... 178
Lichen ruber acuminatus bei einem dreijährigen Knaben, von J. Heller ... 181
Alter Fistelgang nach venerischem Bubo, von Respighi ... 189
Über Elephantiasis lymphangiectatica congenita, von E. Vollmer ... 202
Über Ulcus molle miliare, sogenannten Follikularschanker, von Hans Vörner ... 204
Pemphigus vegetans, von Hamburger und Rubel ... 210
Gleichzeitiges Auftreten von Lichen chronicus circumscriptus und Lichen simplex acutus bei der nämlichen Person, von Ch. Audry ... 214
Chronische Furunkulosis, von Krikortz ... 270
Lichen planus mit annulären Plaques, von Sederholm ... 270
Vegetabilische Diät bei chronischer Furunkulose, von Guinsbourg ... 283
Über einige seltene extragenitale Lokalisationen des weichen Schankers, von Fiocco 316
Ein Fall von Mykosis fungoides Alibert, von A. Pospelow ... 319
Eine Operation für die Paronychie, von Sinclair Tousey ... 367
Beitrag zur Kenntnis der Dermatomyositis, von Picchi ... 367
Über Stomatitis ulcerosa, von J. S. Löblowitz ... 368
Ein Fall von multiplem Granulom, von L. Barlow ... 368
Pemphigus vegetans, von K. Bernhard ... 368
Eine weitere Bemerkung über einen Fall von abdominaler Aktinomykosis, von H. W. Weber ... 368
Über das Rhinosklerom in Deutschland, von Max Lissauer ... 368
Ein Fall von Rhinosklerom, von Alexander ... 369
Über einen Skleromherd in Ostpreufsen, von Gerber ... 369
Über Thiosinaminversuche bei Rhinosklerom, von Emil Glas ... 369
Die Kontagiosität des Skleroms, von Gerber ... 369
Über den nomatösen Brand, von Ranke ... 369
Emphysematöse Gangrän, von Martin Stamm ... 369
Symmetrische Gangrän im Verlaufe des Typhus, von Troup ... 370
Symmetrische Gangrän nach Typhus, von J. A. Rooth ... 370
Nekrotischer Zerfall des Scrotums und Präputiums infolge von Anthrax, von J. Geiger ... 370
Über einen Fall von Milzbrand. Heilung durch intravenöse Injektionen von Argentum colloidale Credé, von Schrage ... 370
Ein Fall von Milzbrand, von L. Nietert ... 370
Zur Kasuistik und Therapie des äufseren Milzbrandes des Menschen, von Federschmidt ... 371
Zur Behandlung des äufseren Milzbrandes, von Ernst Graef ... 371
Über die Behandlung des Karbunkels mit Kollodiumumpinselung, von Haufte ... 371
Framboesie beim Geflügel, von Calder ... 372
Framboesie beim Geflügel, von T. C. Fox ... 372
Tuberkulose des Kehlkopfes und der Lungen (durch Aspiration) nach Dermatitis blastomycetes, von Otto T. Freer ... 372
Beitrag zur Bakteriologie des Ulcus venereum, von A. Luxardo ... 372
Experimentelle Übertragung des weichen Schankers auf das Kaninchen, von A. Luxardo ... 373
Bakteriologische Untersuchungen über den Erreger des Ulcus molle, von Egon Tomasczewski ... 373

Seite

Rhinosklerom, von v. Marschalko 389
Eigentümliche Knotenerkrankung der Haut der unteren Extremitäten, von Sack 393
Über entzündliche Knotenbildung in der Haut mit umschriebener Atrophie des Fettgewebes, von Alfred Kraus 457
Über Lichen scrophulosorum, von Fritz Porges 460
Zusammentreffen von Lichen planus und Bleivergiftung, von Ch. Audry und Dalous 473
Die infektiöse Natur des Lichen planus, von Lippmann 506
Lichen simplex verrucosus, von Blaschko 506
Zur Histologie des Lichen chronicus circumscriptus (Neurodermitis circumscripta), von E. Dalous 509
Zahlreiche subcutane Abscesse mykogenen Ursprungs, von de Beurmann und Ramond 510
Lichen planus, auf die Mund- und Präputialschleimhaut beschränkt, von A. Delille und Druelle 512
Der Bacillus des Boubs, von Breda und Fiocco 514
Dermatitis herpetiformis Dubring, von Ledermann 556
Lichen planus, von Saalfeld 556
Kreisförmiger Lichen planus, von Seegall 556
Lichen ruber verrucosus, von Adler 557
Lichen simplex chronicus, von Adler 557
Zwei Fälle von Mykosis fungoides, von E. Riecke 560
Der gangränöse, phagedänische, diphtheritische Schanker der Autoren, von S. Róna 562
Ecthyma terebrans, von W. A. Jamieson und Huie 567

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Angiosarkom der Haut, von Buschke 173
Lymphodermia perniciosa (Kaposi), von Rosenthal 176
Carcinom der Ohrmuschel, von Halberstädter 178
Ein Fall von Pagets Disease der Brustwarze, von G. T. Jackson 186
Weitere Beiträge zur Pathologie des sogenannten Sarcoma multiplex pigmentosum haemorrhagicum idiopathicum (Kaposi), von Josef Sellei 273
Ein weiterer Fall von idiopathischem Hautsarkom; miliäre Fibroneurome des Neurofibroms von Recklinghausen, von Lapponi 317
Sarcomatosis cutis, von G. W. Wende 346
Einige präkanceröse Affektionen der Haut, oder genauer präkanceröse Keratosen, von M. B. Hartzell 348
Impfmetastasen der Carcinome, von L. Brieger 374
Carcinomliteratur, von Anton Sticker 375
Über eine neue Behandlungsmethode der einem operativen Eingriffe unzugänglichen krebsigen und anderweitigen bösartigen Neubildungen und des Lupus, von Aristide Ranelletti 375
Sarcoma idiopath. pigmentos. Kaposi, von Mašek 389
Der gegenwärtige Stand der Behandlung oberflächlicher Carcinome und tuberkulöser Hauterkrankungen mittels X-Strahlen, von William L. Rodman und G. E. Pfahlen 406
Bericht über weitere Erfolge des Cancroin beim Krebs des Gesichtes etc., von Albert Adamkiewicz 407
Über die Behandlung des Hautcarcinoms mit Röntgenstrahlen, von Jean Gotthold 407
Ulcus rodens, behandelt mit X-Strahlen, von Hall-Edwards 407
Sarcomatosis cutis, von David Lieberthal 407
Ein Fall von Sarcoma idiopathicum cutis, von Viganò 408
Ein ungewöhnlicher Fall von Myxosarkom der linken Inguinocruralgegend, von L. Mosca 408
Ungewöhnliche Art des Eindringens eines melanotischen Sarkoms in die Epidermis, von L. de Gaetano 408
Ein Fall von Darierscher Krankheit, von Theodor Schwab 409
Einige Bemerkungen zur Frage über „Carcinoma lenticulare" der Haut, von W. W. Iwanow 465

Seite

Akute Carcinose der Kopfhaut, von Ch. Audry 473
Der Basalzellenkrebs, von E. Krompecher 481
Ulceriertes Kankroid, von Lesser 505

b. Benigne.

Ein Fall von Verrucae planae juveniles, von Ch. Watson 126
Neurofibromatosis, von Buschke 175
Circumskriptes Lymphangiom, von Siebert 177
Über multiple spontane Keloide, von Tschlenow 180
Eine merkwürdige Warzenform, von E. Vollmer 183
Beitrag zum Studium des Hydrocystoms nebst Bemerkungen über die Granulosis rubra nasi, von August Lebet 212
Keloid des Ohrläppchens. Heilung mittels bipolarer Elektrolyse, von L. Perrin 213
Fall von Xanthoma tuberosum multiplex bei Diabetes nebst Bemerkungen über Xanthome im allgemeinen, von Leonhard Leven 273
Ein Fall von Xanthoma diabeticorum, von A. Marullo 399
Weitere Untersuchungen über Mitigation des Epithelioma contagiosum des Geflügels, von E. Marx und Anton Sticker 409
Molluscum fibrosum bei Kindern, von A. H. Robinson und A. Whitfield ... 409
Die allgemeine Neurofibromatose, von A. Breton 410
Ein Beitrag zur Kenntnis der multiplen Dermatomyome, von Carl Huldschinsky 410
Angiom des Gesichts, von Lanois 410
Beiträge zur Kenntnis der benignen Tumoren der Haut, von Max Winkler ... 461
Ein Fall von Angiokeratoma mit Frostcyanose, Erythema pernio und Bazins Krankheit, von S. E. Dore 469
Das Adenoma sebaceum circumscriptum, von Audry 471
Anatomische Beiträge zur Kenntnis der Schweifsdrüsenadenome, von L. Pick ... 503
Multiple Angiome, von Saalfeld 556
Beitrag zur Histologie der Verruca senilis, von Franz Poor 565

c. Pigmentanomalien.

Totale Melanosis, von Dolbey 411
Sogenannter Mongolen-Kinderfleck bei Europäern, von B. Adachi 411
Addisonsche Krankheit, von J. Russell 411
Ein Fall von Morbus Addisonii, von Oskar Steinhaus 411
Zur Kasuistik und Pathogenese des Melasma suprarenale (Morbus Addisonii), von A. J. Pospelow und Gautier-Dufayer 458

Regressive Ernährungsstörungen.

Acrodermatitis chronica atrophicans (Herxheimer-Hartmann), von L. Leven 123
Einige Fälle zur Illustration des Lupus erythematosus, von W. B. Warde 126
Atrophia cutis, von Bäumer 173
Lupus erythematodes, von Siebert 177
Leukopathie, von Klingmüller 178
Vitiligo nach Abheilung einer lichenoiden Eruption, von Felix Pinkus 183
Ein Fall von Malum perforans im Munde, von Capdepont und Rodier 215
Oberflächliche, insonte Geschwüre der Genito-Analgegend, von Welander 268
Lupus erythematosus capillitii, von Afzelius 269
Lupus erythematosus faciei, von Afzelius 270
Lupus erythematosus mit hochgradiger Veränderung der Schleimhaut des Mundes und der vorderen Choanen, von Möller 270
Diffuse symmetrische Sklerodermie und Morbus Basedowi, von Möller 271
Semiotik der Alopecien, von Sabouraud 281
Bemerkungen zu einer Diskussion über Alopecia areata in der „Société belge de dermatologie et de syphiligraphie", von L. Butte 284
Der sklerodermatische Typus des Lupus erythematosus, von W. B. Warde 308
Xeroderma pigmentosum, von H. Bettolo 317
Zwei Fälle von Vitiligo, von Sibirsky 318
Über die weifsen, atrophischen und narbenähnlichen perifollikulären Hautflecke des Rumpfes, von W. Iwanow 318

Seite

„Weifsflecken"-Krankheit, von J. C. Johnston und S. Sherwell 345
Eine einfache Methode, äufsere Hämorrhoiden unter Lokalanästhesie zu entfernen, von Thos. Chas. Martin 412
Die operative Behandlung der Varikositäten und des Ulcus cruris, von A. Landerer 412
Über idiopathische Hautatrophie, von W. Lehmann 412
Ein Fall von progressiver idiopathischer Hautatrophie, von A. Ravogli 412
Zur Behandlung des Ulcus cruris, von Hoffmeister 412
Drei Fälle von Aplasia pilorum moniliformis, von Ledermann 413
Zur Alopecia areata, von E. Richter 413
Ist die Alopecia areata eine parasitäre und kontagiöse Krankheit oder nicht? von Contet 414
Diabetische Gangrän der Zehe; Amputation derselben; Heilung, von C. Fisher. 414
Morphoea oder lokalisierte Sklerodermie des Gesichts, von T. D. Savill 414
Zur Pathologie und Therapie der Sklerodermie im Kindesalter, von Wilhelm Ebstein 414
Ist der Lupus erythematodes ein Tuberkulid? von Gunsett 415
Ein kasuistischer Beitrag zur Ätiologie der diffusen Sklerodermie, von Heynacher 415
Die Beziehung des Lupus erythematosus zur Tuberkulose, von Henry G. Anthony 415
Xeroderma pigmentosum, von Bayard 416
Rezidivierende Phlyktaenose der Extremitäten, von Bodin 510
Histologische Untersuchung über die Wirkung des Chrysarobin bei der Alopecie, von Menahem Hodara 512
Atrophodermia follicularis des Kopfes, von Ledermann 555

Sekretionsanomalien.

Zur Verwendung von Formol in der Behandlung der Hyperidrosis plantaris, von Vaillard und Folliasson 283
Die Pathologie der Chromidrosis, von M. L. Heidingsfeld 418

Saprophyten und Fremdkörper.

Tod durch Fliegenmaden (Myiasis externa), von Henneberg 418

Idioneurosen.

Beitrag zur Pathologie und Therapie des diabetischen Pruritus vulvae, von A. Lorand 416
Über den Juckausschlag im Kindesalter, von Julius Zappert 417
Die Behandlung des Juckens, von Edward Bennet Bronson 418

Mifsbildungen.

Beitrag zur Kenntnis der systematisierten Naevi, von Paul Strasser 272
Beiträge zur Histologie der weichen Naevi, von Otto Sachs 275
Ein Fall von Naevus papillaris pigmentosus progrediens (Ichthyosis hystrix), von S. Prissmann 419
Halbseitiger Talgdrüsennaevus, von E. Oppenheimer 419
Naevus pigmentosus der Conjunctiva und Cornea, von E. Oppenheimer 419
Ein Fall von Naevus des behaarten Kopfes und der Nase, mit Heifswasserinjektionen behandelt, von Freder. Griffith 419
Universeller Naevus, von Hutton 420
Beitrag zur Kenntnis von dem Ursprung und dem Bau der Naevuszellen und Naevustumoren, von J. H. Zaaijer 420
Ein Fall von kongenitalen Bildungsanomalien: Intrauterine Belastungsdeformitäten der unteren Extremität; Anonychia und Onychatrophia congenita, von A. Most 420
Beiträge zur Kenntnis der Alopecia congenita familiaris, von Alfred Kraus ... 459
Über circumskripten kongenitalen Defekt (Aplasie) der Cutis und Subcutis, von Hans Vörner 460
Doppelte Nagelbildung, von Hollstein 505

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Seite

Über das „Regurgitieren" aus der Urethra posterior, von B. Asakura 29
Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparats: Tuberkulose der Pars posterior urethrae, der Prostata und der Samenblasen, von Noël Hallé und Boleslas Motz 127
Modifikationen der Technik der epiduralen Injektionen, von F. Cathelin. Strauss 129
Ein einfacher Penissuspensionsverband, von J. Weinberg 205
Über die Kapazität der Urethra anterior bei Japanern, von S. Asakura 206
Ein Photographier- und Demonstrationscystoskop, von Leopold Casper 206
Die Drüsen und Cysten im Epithel der Harnröhre bei Männern und Frauen, von Rudolf Paschkis 206
Mediane perineale Urethrotomie und Cystotomie durch einen oberflächlichen Transversalschnitt nach Celsus, von Walther G. Spencer 210
Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Massage, von J. M. Bartrina 276
Bemerkungen über die endoskopische Beleuchtung, von Léon Imbert 278
Entleerung eines retrovesikalen Eiterherdes durch die Luftwege, von E. Legrain 278
Details bezüglich der Technik bei der Anwendung des graduierten Harnseparators. Erklärung der Resultate, von F. Cathelin 279
Pathologische Anatomie der akuten Cystitiden, von B. Motz und Paul Denis. 279
Extraktion eines ungefähr drei Monate alten Fötus aus der Blase, von Guisy.. 279
Das retrograde Universalcystoskop, von Felix Schlagintweit 280
Zwei Fälle von angeborener Permeabilitut des Urachus, von Barthélemy Guisy 280
Die Heilbarkeit der Blasentuberkulose, von B. Motz 281
Die chirurgischen Affektionen der Harn- und Sexualorgane in der Klinik Ratimoffs, von Vainitch-Sianogennsky 309
Bemerkungen über die vierteiligen Dilatatoren verbesserter Konstruktion, von Kollmann 309
Die Abtragung der Pars anterior urethrae beim Weibe mittels vaginaler Urethrostomie, von F. Legueu und P. Duval 309
Über die chronischen Cystitiden, von B. Motz 310
Intravesikale Eingriffe mittels des Nitzeschen Operationscystoskops, von Eynard 311
Ein Fall von primärer Urethritis non gonorrhoica, von F. Bodländer 304
Kathetersterilisation, von Grosse 343
Über einen Fall von Strikturen der vorderen und hinteren Harnröhre, von Bernhard Marcuse 343
Zur Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit besonderer Berücksichtigung des Tuberkulocidins und Selenins Klebs, von C. Krüger 397
Vierteilige Dilatatoren verbesserter Konstruktion, von Kollmann 397
Eine neue Methode der Circumcision, von Bransford Lewis 397
Über epidurale Injektionen nach Cathelin und ihre Anwendung bei funktionellen Störungen der Harn- und Geschlechtsorgane, von Strauss 394
Über Bakterienbefunde in der normalen männlichen Harnröhre und über den Joseph-Piorkowskischen Bacillus, von Pfeiffer 395
Das retrograde Cystoskop, von Schlagintweit 396
Urethrotomia interna, von Preindlsberger 391
Glasröhren zur sterilen Aufbewahrung steriler Katheter und sterile Katheter-einfettungsmittel, von Goldberg 395
Leukoplakie der Blase, von Ravasini 396
Beiträge zur mechanischen Behandlung der Harnröhrenerkrankungen, von Remete 396
Urologische Mitteilungen, von Jos. Preindlsberger 420
Über Hermaphroditen, von Theodor Landau 421
Ein Fall von echtem Hermaphroditismus, von Garrè 421
Ein Fall von echtem Hermaphroditismus beim Menschen, von R. Zander 422
Zwei Fälle von Konträrsexualität, von William S. Barker 422
Über zwei Fälle von Urogenitaltuberkulose, von Charl. Greene Cumston 422
Helmitol, ein neues Harnantiseptikum, von J. F. Müller 423
Über Verwendung von Methylenblau bei Erkrankungen der Harnwege, von Alexander Bialobrzeski 423
Die Behandlung der kongenitalen Phimosis, von J. F. Woodyatt 424

Seite
Der Gichttripper, von Karl Scherk ... 423
Druckspülungen der Urethra, von Orlipski ... 424
Der Verweilkatheter ... 424
Periurethraler Abceſs, durch Harnsäurekristalle in den Lakunen der Harnröhrenschleimhaut verursacht, von R. F. Chance ... 424
Die Urethrotomia externa vom Standpunkt des allgemeinen Chirurgen, von John C. Munro ... 424
Ein Fall von Blasenruptur, von H. Lawrie ... 424
Spontanzertrümmerung eines Blasensteines, von Leonhard Görl ... 424
Die Entdeckung von Nieren- und Blasensteinen vermittels der X-Strahlen, von Henry Perkins Moseley ... 425
Suprapubikale Cystotomie, von J. Scott ... 425
Die halbe Symphyseotomie, von Diehl ... 425
Über chronische nichtblennorrhoische Urethritis, von Galewski ... 466
Über Anatomie, Physiologie und Pathologie des Urogenitalapparates, von Bransford Lewis ... 475
Über die elektrolytische Dilatation der Urethra, von E. Desnos ... 511
Endoskopische Instrumente, von Küsel ... 559

b. Hoden und Samenbläschen.

Spermatorrhoe als Krankheit sui generis, von De Armond ... 211
Ein einfaches Heilmittel für Varicocele, von Brewer ... 211
Zur Operation der Retentio testis inguinalis, von Louyard ... 426
Supraskrotale Operation wegen Varicocele mit Ligatur der Arteria spermatica, von Styles Potter ... 426
Die Heilung der Hydrocele durch eine einfache Operation, von Licovish ... 474

c. Prostata.

Über blutiges Prostatasekret, von Berthold Goldberg ... 29
Die Prostatitis und ihre Behandlung, von M. Porosz ... 29
Zur Kasuistik der akuten, parenchymatösen, blennorrhoischen Prostatitis, von Arth. Jordan ... 29
Über das primäre und umschriebene Prostatacarcinom und seine Behandlung mittels totaler perinealer Prostatektomie, von Oraison ... 130
Über Prostatahypertrophie, von G. M. Philips ... 209
Geschichtliches und Experimentelles über Prostatachirurgie, von B. M. Ricketts 211
Beitrag zum Studium der Bedeutung der Prostata für die infiltrierten epithelialen Blasentumoren, von E. Montfort ... 277
Bemerkungen zu dem Aufsatze Paul Delbets, „Die perineale Prostatektomie", von Tédenat ... 280
Indikationen für die Massage der Prostata, von Guépin ... 396
Über Hypoplasie der Prostata, von Fritz Rörig ... 396
Die Prostatitis intestinalen Ursprungs, von Noquès ... 427
Prostatahypertrophie, von A. H. Watkins ... 427
Über die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, von W. Thomson ... 427
Über die operative Behandlung der durch die Prostatahypertrophie hervorgerufenen Hindernisse in der Urinentleerung, von F. A. Southam ... 428
Meine letzte Serie von 25 Fällen der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie, von Albert Freudenberg ... 428
Harnverhaltung geheilt durch die Bottinische Operation, von R. Duhot ... 428
Die Technik der Prostatektomie, von Nicolaus Senn ... 475
Zur galvanokaustischen Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini, von Karl Vogel ... 482
Totale Exstirpation der Prostata wegen Prostatahypertrophie, von P. J. Freyer 482
Über Prostatasteine mit Anführung eines Falles, von John F. Erdmann ... 483
Ein Beitrag zur Klinik der Prostatatumoren, von Georg Kapsammer ... 483
Über Rabdomyome der Prostata, von E. Kaufmann ... 483
Der intrapubische Schnitt bei Prostatektomie, von E. Wyllys Andrews ... 484
Technik des prärektalen Schnittes, angewandt in der Genitalchirurgie beim Manne (Prostatektomie und Spermatocystektomie), von Robert Proust ... 484
Die Indikationen der Prostatamassage, von A. Guepin ... 485
Prostatamassage und Albuminurie, von C. Krüger ... 485

d. Labien, Vagina.

Seite
Vulvovaginitis bei kleinen Mädchen und Neugeborenen, von R. Labus 288
Zur Ätiologie und Anatomie der Erosio portionis vaginalis, von Hans Vörner 305
Behandlung und Erkrankung der Bartholinischen Drüsen, von E. E. Montgomery 487

e. Nieren, Ureteren, Harn.

Fibrinausscheidung im Urin, von H. Isaak 176
Zur Harndesinfektion, von E. Impens 205
Experimentelle Beiträge zur hämatogenen Niereninfektion von den Harnwegen, insbesondere von der Harnblase aus, von K. Sakata 206
Über die Kochprobe mit Salpetersäure auf Eiweifs im Harn, von R. Ehrström 304
Über das Schicksal der in die Nierenarterien eingebrachten Tuberkelbacillen, von P. Asch 396
Die prognostische Bedeutung der Albuminurie, von Edward W. Lambert 485
Bacteriuria vesicalis postblennorrhoica durch Bacterium lactis aërogenes, von Goldberg 486
Ein Fall von Fibrinurie bei Nephritis, von Richard Lostorfer 486
Über essentielle Hämaturie, von Spaziante 486
Über einen Fall von Hämaturie, von Charles H. Chetwood 486
Experimentelle und klinische Untersuchungen über zwei Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie, von Mattirolo und Tedeschi 486
Die Bedeutung der Oxalurie, von J. Bergen Ogden 487
Eine empfindliche, einfache und rasch ausführbare Zuckerprobe mit oxalsaurem Phenylhydrazin, von E. Riegler 487

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

Zur Behandlung der Blennorrhoe mit Protargolgelatine, von Benario 32
Behandlung der blennorrhoischen Urethritiden mit Janetschen Spülungen, von Saxahansky 130
Über die Behandlung der Uterusblennorrhoe bei Prostituierten, von Franz Parádi 203
Über die Tripperprophylaxis, von Moritz Porosz 205
Gonococcus Neisser, von A. Paldrock 318
Weitere Mitteilungen über den Gebrauch des Sandelholzöls und des Gonorols, von P. Meissner 343
Blennorrhoe und Samenblasen, mit Demonstration von Präparaten, von Lewin. 395
Zur Entstehung der Trippermetastasen, von O. Hoffmann 396
Ein gerichtliches Erkenntnis über Anfechtung einer Ehe wegen vorehelicher Blennorrhoe, von L. Wertheimer 400
Behandlung der blennorrhoischen Entzündung der ganzen Urethra mit Ichthargan, von Rychner 401
Klinische Studien über Blennorrhoe, von H. J. Schlasberg 487
Ein Fall von Gonokokkenpneumonie, von Bressel 515
Blennorrhoische Dakryoadenitis, von Étiévant 515
Zur Ätiologie und Anatomie der Erosio portionis vaginalis, von Hans Vörner. 515
Über Pyelitis und Pyelonephritis auf Grund von Blennorrhoe, von Bernhard Marcuse 516
Ein Fall von blennorrhoischer Gingivitis, von S. Vines 516
Lymphosarcoma bulbi urethrae von einer blennorrhoischen Striktur ausgehend, von Georg Kapsammer 517
Beitrag zur Blennorrhoea neonatorum, von A. Rosner 517
Zur Frage der Vulvovaginitis bei Kindern, von Dukelski 517
Die Blennorrhoebehandlung bei der Frau, von Small 517
Zur Therapie der Blennorrhoe, von Walther Pick 517
Zur internen Behandlung der Blennorrhoe, von Max Reisner 518
Die erfolgreiche Behandlung der Blennorrhoe und aller entzündlichen Erkrankungen der Harnröhre durch Ausstopfen mit einem antiseptischen Öltampon, von S. T. Rucker 518
Die Behandlung der Blennorrhoe mit Chinolinwismutrhodanat Edinger (Crurin pro injectione), von Richard Stern 518

Seite

Heilung der Blennorrhoe mit Albargin, von J. F. Malejew 518
Die Behandlung der Blennorrhoe mit Albargin, von V. Meyer..... 519
Die Pikrinsäure bei der Urethritis blennorrhagica, von F. Re..... 519
Zur Histologie der blennorrhoischen Deferentitis und Epididymitis, von G. Nobl 561

Verschiedenes.

Eine einfache Methode, genaue Abgüsse der Haut und anderer Körperoberflächen mit Cathcarts Material herzustellen, von Theodore Shennan..... 140
Körperverletzung durch Ansteckung mit Geschlechtskrankheit 192
Dr. Unnas Herbstkurse über sämtliche Zweige der Dermatologie 192. 232
Merkblatt der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 232
Wachsmodelle ungewöhnlicher Bilder von Hautkrankheiten, von J. Frank..... 288
Randbemerkungen zu dem Entwurf eines preufsischen Seuchengesetzes, von C. Fraenkel..... 336
Richtigstellung der von Hermann Pfeiffer gegen unsere „vermutlichen Syphilisbacillen“ erhobenen Einwände, von Max Joseph und Piorkowski. — Erwiderung auf die „Richtigstellung“ Max Josephs und Piorkowskis, von Hermann Pfeiffer..... 375
Über die Assanierung der Ehe, von Jullien..... 376
Geruch der Europäer, von Buntaro Adachi 376
Die Pflege der Kranken in Finsens Lichtheilanstalt in Kopenhagen, von E. Zabel 376
Über Hautdesinfektion, von H. Bonhoff..... 428
Geschichte und Bedeutung der Geschlechtserkrankungen, von M. Wolters..... 428
Dermatologischer Unterricht in Madrid, von A. Ravogli..... 474
Die Benutzung des vulgären Drainrohres zur Befestigung von Sonden und Kanülen, von Stojanoff..... 488
Ein Apparat zum Schmelzen des Unnaschen Zinkleims..... 540
Warnung der Studierenden vor den Gefahren der Geschlechtskrankheiten 540

Sachverzeichnis 593
Namenverzeichnis 608

Verzeichnis der Tafeln.

Zu S.

Über Urticaria pigmentosa perstans, von Reiss. (Mit drei Farbentafeln) 93
Eine Darstellung der Epithelfasern und die Membran der Stachelzellen, von P. G. Unna. (Mit einer Farbentafel)..... 289
Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut, von Moriz Oppenheim. (Mit einer Farbentafel)..... 489

Berichtigungen.

Seite 505, Zeile 5— 6 von unten, statt „veneta“ lies: „venenata“.
„ 547, „ 14—15 „ oben, statt „etwas weniger derb als“: „etwas derber als“.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 37. No. 1. 1. Juli 1903.

Technik der Urethralinjektionen.
Kapazität der Urethra ant. und Spannungsdruck des Sphinkter, berücksichtigt in der Konstruktion einer neuen Gonorrhoespritze.

Von

Dr. C. Engelbreth-Kopenhagen.

Mit 7 Abbildungen im Text.

Die Injektionstherapie ist so alt, dafs sie bereits von den Ägyptern zur Anwendung gebracht wurde. In der ältesten medizinischen Schrift, welche überhaupt existiert, Papyrus Ebers (ca. 1600 v. Chr.), werden Einspritzungen von verschiedenen Pflanzenextrakten besprochen, die man gegen Ausfluſs aus den Genitalia verwandte, Von den Ägyptern übernahmen die Griechen und Römer einen grofsen Teil ihres medizinischen Wissens, und auf diesem wieder beruht das ganze Mittelalter. Auch bei den Verfassern dieser Zeiten findet man die Injektionstherapie wieder, wenn auch in ziemlich primitiver Gestalt. Eine Zeitlang trat dieselbe indessen etwas in den Hintergrund unter der Verwirrung, welche Gonorrhoe und Syphilis identifizierte, aber in der Mitte des achtzehnten Jahrhunderts tritt sie neben der antiflogistischen Therapie wieder stark in den Vordergrund und nimmt in der neuesten Zeit unter der modernen antibakteriellen Therapie den ersten Platz ein.

Die Injektionstherapie ist auf diese Weise die älteste und meist verbreitete von allen Gonorrhoebehandlungen, und dies hat seinen natürlichen Grund teils in dem Rationellen, Medikamente auf der Schleimhaut selbst anzubringen, teils darin, dafs die Injektionen leicht vom Patienten selbst vorgenommen werden können. Aber während die Injektionsmittel im Laufe der Zeit eine lange und vielseitige Entwicklung — von süfser Milch und Honig an und später gebräuchlichen unzähligen anderen Mitteln bis zu den modernen Antiseptica und Adstringentia — aufzuweisen hatten, ist der Injektionsapparat selbst, die Spritze, ziemlich unbeachtet und versäumt geblieben. Und wenn die Resultate der Injektionstherapie noch

allzu häufig unbefriedigend sind, beruht dies nicht allein darauf, dafs die Medikamente nicht ideale sind, sondern wesentlich auf den Mängeln, die rein technisch an den Injektionen haften. Selbst die klugest durchgeführte Injektionstherapie und die besten chemischen Verbesserungen werden teilweise wirkungslos bleiben, solange Injektionen mit der jetzt gebräuchlichen, stets infizierten oder geradezu schmutzigen Spritze, deren Raumgehalt und Druckverhältnisse im stärksten Gegensatz zur Kapazität der Urinröhre und den Druckverhältnissen des Sphinkter stehen, vorgenommen werden.

Ist die Injektionstherapie nun zwar auf Grund ihrer leichten Ausführung und grofsen Ausbreitung Haupttherapie, so sind deren Mängel aber auch desto fühlbarer. Es soll daher Aufgabe der folgenden Zeilen sein, diese Mängel teils scharf zu gravieren, teils denselben abzuhelfen und hierdurch der Allgemeinheit eine bessere Waffe im Kampf gegen die Gonorrhoe in die Hand zu geben.

I. Mängel der Injektionstherapie.

a) Injektionen in die Pars anterior.

Während man früher durch anatomische Untersuchungen und durch Versuche an Kadavern (Jamin, Leprévost) zu dem Resultate gekommen war, dafs die Urethra ant. einen Raumgehalt von 5—6 ccm habe, haben die neuesten Untersuchungen an Lebenden das etwas überraschende Resultat ergeben, dafs die Kapazität von Urethra ant. individuell von 4 bis 22 ccm variiert (Lavaux, Guiard, Dreysel, Loeb). So eigentümlich diese Resultate sind, so entsprechen sie doch den faktischen Verhältnissen, selbst wenn man auch einräumen mufs, dafs die Untersuchungsmethoden genannter Verfasser etwas unvollkommen sind und einer genaueren Kritik nicht standzuhalten vermögen.

Es ist ganz klar, dafs derartige starke Variationen der Kapazität von Urethra ant. den Wert der allgemein gebräuchlichen Spritze, deren Raumgehalt in der Regel 8—10 ccm ist, mehr als zweifelhaft machen.

Hat der Patient z. B. eine Urethra ant. von 4 ccm, wird er sehr leicht mit einer Spritze von 8 ccm den Sphinkter forcieren und eine Gonorrhoea post. mit ihren ernsten Folgen hervorrufen, da man, wie Guyon und Courtade nachgewiesen haben, den Widerstand des Sphinkter durch die Stempelstange nicht merken kann.

Hat der Patient dagegen eine Urethra ant. von 22 ccm, wird eine Spritze von 8 ccm nur eine geringe Füllung schaffen und keine genügende Behandlung gestatten, indem die Falten und Lakunen der Schleimhaut nicht voll gespannt werden und dadurch nicht alle affizierten Teile der Wirkung der Injektion ausgesetzt werden.

Aber aufser den bedeutenden individuellen Variationen der Kapazität variiert diese auch temporär je nach dem Stadium der Gonorrhoe. In

dem akuten Stadium ist die Kapazität infolge des Schwulstes der Schleimhaut und deren mangelhaften Elastizität gering, zeitweise nur 1—2 ccm (Dreysel), später, in dem Maſse wie die Entzündung abnimmt, gröſser und gröſser. Eine Spritze, welche zu groſs im akuten Stadium ist, kann im subakuten Stadium zu klein sein. Sie kann im akuten eine Gonorrhoe post. herbeiführen, während sie im subakuten die Pars ant. nicht zu füllen vermag.

Wie man hieraus ersieht, ist die gewöhnliche Gonorrhoespritze sehr unvollkommen und wenig zweckentsprechend, nur rein zufällig oder auf einem einzelnen Stadium wird ihr Raumgehalt mit der Kapazität der Urethra ant. übereinstimmend sein. In der Regel wird dieselbe jedoch zu groſs oder zu klein sein und entweder Grund zu einer Gonorrhoe post. oder mangelhafter Behandlung der Pars ant. geben oder endlich beides zur Folge haben.

Diese Mängel sind wohl bisher nicht genügend klar beleuchtet worden; aber viele sind doch aus diesen und anderen Gründen keine Anhänger der Injektionstherapie und haben die alte französische antiflogistische Therapie oder Janets Irrigationen oder am besten eine Kombination der beiden letzteren vorgezogen.

Andere Verfasser haben auf verschiedene Art versucht, den Mängeln der Injektionstherapie abzuhelfen. So empfiehlt Guyon, mit einer Spritze von 8 g jedesmal nur 4 g zu injizieren, um den Sphinkter nicht zu forcieren. Guiard dagegen empfiehlt eine Spritze von 24 ccm, teils um Pars ant. ganz füllen zu können, teils um eventuell auch Pars post. zu behandeln. Neisser und Finger meinen, 10—15 ccm seien eine passende Gröſse, und Loeb endlich will erst die Kapazität der betreffenden Urethra mit einer groſsen, eingeteilten Spritze bestimmen und danach eine gewisse Gröſse der Injektionsspritze ordinieren. Aber eine solche Lösung des Problems ist nicht recht bedacht; denn einerseits läſst sich die Kapazität nicht auf die von Loeb angegebene Weise bestimmen, und andererseits würden die temporären Variationen bei demselben Individuum zu viele Untersuchungen und ein ganzes Arsenal von Spritzen notwendig machen.

Diese in sich stark widerspruchsvollen Anschauungen beweisen zur Genüge, wie schwierig, um nicht zu sagen, aussichtslos diese Frage bisher gewesen ist. Und um so fühlbarer ist der Mangel, als die Bestimmung des zu injizierenden Quantums als Hauptfrage der Injektionstherapie gelten muſs. Nach dem Vorangehenden ist es jedoch nicht schwierig, diese Frage zu beantworten und damit das früher unlösbare Problem genauer zu präcisieren.

Bei der Behandlung von Gonorrhoea ant. soll die Menge der Injektionsflüssigkeit stets übereinstimmen mit der augenblicklichen Kapazität der Urethra ant., ohne daſs der Sphinkter forciert wird.

b) Injektionen in die Pars posterior.

Solange man der Meinung war, dafs die Gonorrhoe auf Pars ant. beschränkt sei, indem Sphinkter eine Barrière gegen die Propagation bis Pars post. bildet, war es ganz korrekt, die Injektionen nur auf Pars ant. zu begrenzen. Aber nachdem AUBERT (1884) nachwies, dafs die Gonorrhoe in dem überwiegenden Teil aller Fälle Pars post. angriff, stand man vor der Frage, ob Injektionen auch in den Pars post. dringen und somit Gonorrhoe post. behandeln könnten, indem es natürlich nicht zweckdienlich sein konnte, nur Gonorrhoe ant. zu behandeln und Gonorrhoe post. ihrem Schicksal zuüberlassen.

Diese Frage ist nicht überflüssig geworden, weil es ausgezeichnete Methoden zur Behandlung von Gonorrhoea post. gibt, wie z. B. DIDAYS Irrigationen (1839), GUYONS Instillationen (1886) und JANETS Irrigationen (1892); denn diese Methoden haben den Nachteil, dafs sie in der Regel nur von Spezialärzten angewandt werden und aufserdem nur begrenzte Anwendung finden. Es würde die Behandlung vereinfachen, wenn der Patient seine Gonorrhoea post. ebenso wie Gonorrhoea ant. selbst behandeln könnte, und es wäre im höchsten Grade rationell, der ganzen angegriffenen Urethra eine gleichartige und gleichzeitige Behandlung zu geben.

Ganz natürlich ist diese Frage auch Gegenstand eines grofsen Teiles von Untersuchungen gewesen; diese haben indessen höchst eigentümliche Resultate ergeben. So behauptet FINGER, dafs während der Injektionen geradezu ein Reflexkrampf des Sphinkter entsteht, der das Eindringen der Injektionsflüssigkeit in den Pars post. hindert, und er nennt eine ganze Anzahl angesehener Verfasser, die seine Ansicht teilen. FELEKI hat sogar experimentell nachgewiesen, dafs man mit der gewöhnlichen Gonorrhoespritze nicht vermag, auch nur einen Tropfen in den Pars post. zu bringen.

Diese Anschauung geht durch alle Lehrbücher und ist auch heute noch die allgemeine. Es ist dies um so eigentümlicher, als JANETS Methode doch zeigt, dafs es nicht eines besonders hohen Druckes bedarf, um den Sphinkter zu forcieren. Die Sache ist die, dafs die Frage nicht ohne die nötige Rücksicht auf die Kapazität der Urethra ant. gelöst werden kann. Wenn der Raumgehalt der gewöhnlichen Gonorrhoespritze geringer ist als die Kapazität der betreffenden Urethra ant., ist sowohl FINGERS Ansicht und FELEKIS Versuch sicher richtig. Aber auch nur in diesem Falle. Ist der Raumgehalt indessen gröfser als die Kapazität, so gehört nur ein ganz unmerklicher Druck dazu, um die Flüssigkeit in den Pars post. zu injizieren.

In Übereinstimmung hiermit hat auch GUIARD bereits 1894 die Frage gelöst durch die Konstruktion einer Spritze, deren Rauminhalt 24 ccm ist oder etwas gröfser als die gröfste Kapazität. Wenn GUIARDS „In-

jections totales" indessen nicht angeschlagen haben, so beruht dies lediglich auf dem Umstande, dafs er nicht gleichzeitig Mittel anzugeben vermochte, welche in Berücksichtigung der Gröfse der Spritze die Injektionen bei einer Gonorrhoea ant. mit Sicherheit auf den Pars ant. zu beschränken geeignet waren. Seine Behauptung, dafs man durch den Stempel den Widerstand des Sphinkter fühlen könnte, wird durch die früher besprochenen Versuche von GOUYON und COURTADE hinfällig. Aufserdem hat seine Methode den Mangel, dafs die nötige Grundlage, wie grofs nämlich der Druck sein müfste, um den Sphinkter zu forcieren, fehlt. Viele glauben, dafs ein besonders grofser Druck dazu gehört, um den Sphinkter zu forcieren, und dafs letzterer durch eine derartige Behandlung geradezu geschädigt wird.

Eine andere Methode zur Injektionsbehandlung von Gonorrhoe post. ist von NEISSER aufgestellt, welcher hervorhebt, dafs die von ihm eingeführten prolongierten Injektionen mit Protargol auch vermögen, eine vorhandene Gonorrhoe post. zu behandeln, indem der Sphinkter, wenn die Flüssigkeit einige Zeit in der Röhre behalten wird, nach und nach oft erschlafft, so dafs die Flüssigkeit in den Pars post. eindringen kann.

Der Mangel von NEISSERS Angaben ist jedoch, dafs eine Untersuchung darüber fehlt, wie oft, unter welchen Bedingungen und in welcher Ausstreckung eine derartige Erschlaffung des Sphinkter stattfindet; denn diese sollte natürlich nur bei einer Gonorrhoe post. erscheinen, aber auf diesen Punkt nimmt die Methode noch weniger Rücksicht als die GUIARDS.

Die zwei Methoden sind daher wohl etwas verschieden, denn die eine wird den Sphinkter mit Kraft forcieren, die andere mehr durch Zeit, aber für beide wird die Behandlung erschwert, teilweise weil eine Möglichkeit, die Behandlung bei einer Gonorrhoe ant. gleichzeitig auf Pars ant. zu begrenzen, nicht vorliegt, teils weil die nötige Kraft und Zeit nicht untersucht sind.

Die Bedingungen für Injektionen in die Pars post. werden gefunden durch Untersuchung der Druckverhältnisse des Sphinkter, der Reflexkontraktionen und eventuell Erschlaffung bei permanentem Druck.

c) Aseptik der Injektionen.

Die gesunde Urethra ant. zeigt, wie bekannt, eine Bakterienflora von ca. 20 verschiedenen Arten, welche im Urethralschleime schmarotzen und vom Sphinkter von der sterilen Pars post. ferngehalten sind. Eine Invasion von Gonokokken vertreibt mit einem Schlage diese ganze Flora, und während des akuten Stadiums enthält das Sekret nur Gonokokken in Reinkultur. In dem Mafse, wie die Gonokokken schwinden und in Virulenz abnehmen, bleibt dann wieder Platz für die normal vorkommenden Urethralmikrobien, und einige meinen sogar, dafs diese, die sonst nicht pathogen

sind, pathogen werden können gegenüber der durch Gonokokken mitgenommenen Schleimhaut, eine Anschauung, die sich weder beweisen noch bestreiten läfst.

Aber aufser diesen können während des Verlaufes der Gonorrhoe andere, sicher pathogene Bakterien auftreten (sekundäre Infektion), welche entweder allein oder in Verbindung mit Gonokokken Veranlassung zu verschiedenen akuten Komplikationen geben können: periurethrale Abscesse, Phlegmonen und Bubonen und bei Infektion der Pars post. Prostata-Abscesse (Pyämie), Epididymitis (Peritonitis) und die verschiedenen Metastasen. (Nicht zu verwechseln mit den allein durch die Gonokokken hervorgerufenen Komplikationen.)

In anderen Fällen setzt die sekundäre Infektion nach dem Verschwinden der Gonokokken den pathologischen Prozefs in der Urethra und den benachbarten Organen fort und wird als ein postgonorrhoischer Katarrh, die gewöhnlichste Form für chronische Gonorrhoe, bei welcher man nach allen übereinstimmenden Untersuchungen in der Regel andere Bakterien und nur vereinzelt Gonokokken findet, angesehen.

Bei mikroskopischen Untersuchungen ist es mir häufig aufgefallen, dafs Fälle, die nur mit balsamischen Mitteln behandelt waren, sich im subakuten Stadium verhältnismäfsig frei von fremden Bakterien zeigten, während ich eine reiche Flora in den mit Injektionen behandelten Fällen fand. Es liegt auch nahe, anzunehmen, dafs die Injektionstherapie in ihrer jetzigen Gestalt eine wesentliche Ursache der sekundären Infektion ist. Die gewöhnlich angewandten Injektionsmittel sind nämlich sehr schwache Antiseptica und der Injektionsapparat, Spritze, Schale etc., so wie der Patient in der Regel mit demselben umgeht, im höchsten Grade infiziert. Die Spritze, deren eingefetteter Lederstempel ein vorzüglicher Brutort für Mikrobien ist, wird entweder lose in der Westentasche oder Toilettenschublade aufbewahrt, und die Schale, aus der die Flüssigkeit aufgesaugt wird, ist eine nicht immer reine Untertasse oder ähnliches.

Dies mag gehen, solange die Infektion nur auf Pars ant. beschränkt ist, weil die akuten Komplikationen hier nur lokal, die sekundären chronischen Prozesse in der Regel oberflächlich und leicht durch einige starke Lapisausspülungen zu vertreiben sind. Aber ich habe vorher schon besprochen, wie leicht Injektionen den Sphinkter passieren, und wenn man die geringe antiseptische Wirkung der Injektionsflüssigkeit in Betracht zieht, versteht man, wie leicht pathogene Mikrobien in den Pars post. eindringen; und haben sich die Gonokokken auch hier den Weg gebahnt, ist die sekundäre Infektion von Pars post. und Prostata eine gegebene Sache. Die akuten Komplikationen, die hierbei entstehen, sind, wie bereits erwähnt, sehr ernst, aber namentlich erscheinen die chronischen Fälle allgemein

und hartnäckig. Die chronische Prostatitis wird in ungefähr einem Drittel aller Fälle nicht durch Gonokokken hervorgerufen, sondern durch verschiedene Staphylokokken, Streptokokken, Diplokokken und besonders Bact. coli, und diese sind wieder Urheber der hartnäckigen Bakteriurien und rezidivierenden Cystiten, welche oft eine schicksalsschwangere Bedeutung für die obersten Urinwege haben.

Die sekundäre Infektion im Verlaufe der Gonorrhoe ist somit von aufserordentlicher Bedeutung. Die akuten Formen sind oft gefährlich, die chronischen sehr hartnäckig, und da die Injektionstherapie in ihrer jetzigen Anwendung unzweifelhaft eine Hauptursache ist, ist eine Verbesserung derselben aus diesem Grunde dringend geboten.

Die Injektionsspritze soll sterilisiert werden können, sowie ebenfalls die Schale, und der Patient soll in der notwendigen Antiseptik unterwiesen werden.

II. Untersuchungen über die Kapazität der Urethra ant. und der Druckverhältnisse des Sphinkter.

Hauptbedingung für Injektionen im Pars ant. ist, wie erwähnt, dafs die Kapazität der Urethra ant. und der Stärke, der Druck des Sphinkters nicht überschritten werden, dafs diese hingegen überschritten werden bei Injektionen im Pars post. Es gilt also, Kapazität und Druck zu bestimmen, und dies läfst sich um so leichter tun, als diese beiden Gröfsen in engem Verhältnis zu einander stehen.

Urethra ant. ist nämlich eine elastische Röhre, deren Boden durch den nachgebenden Sphinkter gebildet wird. Die Flüssigkeitsmenge, welche die Urethra ant. aufnehmen kann, hängt natürlich davon ab, wann dieser Boden nachgibt, von der Stärke oder dem Druck des Sphinkter, wird aber bis dahin auf Grund der Elastizität mit dem Druck, unter welchem die Flüssigkeit injiziert wird, steigen. Die Kapazität hängt von dem Spannungsdruck des Sphinkter ab. Eine kleine Kapazität kann auf eine geringe Gröfse der Urethra, aber auch auf einen niedrigen Druck bei dem Sphinkter zurückzuführen sein. Man kann daher die Kapazität nicht bestimmen, ohne gleichzeitig den Druck des Sphinkter zu untersuchen und anzugeben. Die früheren Untersuchungen (Guiard, Dreysel, Loeb) beschränkten sich darauf, die Kapazität zu bestimmen, ohne auf den Druck Rücksicht zu nehmen, indem bei denselben nur die Flüssigkeitsmenge gemessen wurde, die sich nach Entleerung der gefüllten Urethra ant. ergab. Lavaux' Bestimmungen des Sphinkterdruckes sind basiert auf so groben physischen Mifsverständnissen, dafs von einem Eingehen auf seine Versuche hier abgesehen werden soll.

Nach verschiedenen Versuchen ist es mir nun gelungen, einen Apparat zu konstruieren, der sich sowohl durch Zuverlässigkeit und Einfachheit zur

gleichzeitigen Untersuchung der Kapazität und des Druckes eignet (vergl. Fig. 1). Derselbe besteht aus einer Druckpumpe, einem Manometer und einer Pipette, verbunden mit Gummischlauch. Die Druckpumpe (*T*) ist ein Metallcylinder, mit einem luftdicht schliefsenden Lederstempel und einer Stempelstange versehen, mit Schraubengang und Handgriff, so dafs der Druck langsam und genau variiert werden kann. Das Manometer (*M*) ist ein Quecksilbermanometer, dessen einer Zweig sich in einer dünneren Röhre mit gefärbtem Borwasser fortsetzt, so dafs die Ausschläge schnell und grofs erfolgen. Die Einteilung ist $^1/_{100}$ Atmosphäre. Die Pipette (*P*) fafst 30 ccm und ist in $^1/_{10}$ ccm eingeteilt.

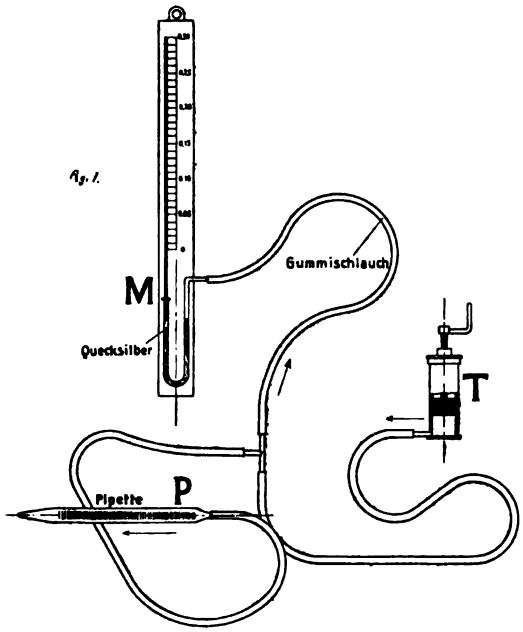


Fig. 1.
Engelbreths Apparat zur gleichzeitigen Untersuchung der Kapazität und des Druckes.

Während der Untersuchung nimmt der Patient eine bequem sitzende Stellung ein und wird aufgefordert, an alles Mögliche zu denken, nur nicht an die Untersuchung, um, soweit dies angängig, eine psychische Einwirkung anzuschliefsen. Die Pipette wird gefüllt bis zum Nullpunkt und darauf im Orificium urethra angebracht, und zwar so schräg wie möglich, um den Druck der Flüssigkeitssäule zu eliminieren. Es bleibt jedoch eine Flüssigkeitssäule von 10 cm über des Sphinkters Fläche, welche zum Manometerdruck gelegt werden mufs, wenn man den ganzen Druck berechnen will. Aber in der praktischen Anwendung der Untersuchungen hat, wie dies später gezeigt wird, nur der Manometerdruck Bedeutung.

Durch Drehung an dem Handgriffe der Druckpumpe wird die Flüssigkeit in die Urethra gebracht, indem man gleichzeitig die injizierte Flüssigkeitsmenge an der Pipette und den Druck am Manometer beobachtet. Es würde zu weit führen, auf alle Untersuchungen (ca. 50) hier genau einzugehen, so interessant dies auch sein könnte. Ich werde mich daher auf die praktisch wichtigen Resultate beschränken.

Urethra ant. Kapazität.

Bei der Untersuchung sieht man, bevor die Flüssigkeit beginnt in die Urethra zu strömen, den Druck zuerst bis zu einem gewissen Punkt steigen. Dieser Druck (Urethras Öffnungsdruck) ist ziemlich konstant und variiert zwischen $^4/_{100}$ und $^5/_{100}$ Atm. Das ist der Ausdruck und das Mafs für Urethras elastische Kontraktion.

Setzt man darauf die Injektion fort, indem man gradweise den Druck erhöht, steigt die injizierte Flüssigkeitsmenge, so dafs jedem Druck eine gewisse Erweiterung oder Kapazität der Urethra entspricht. Aber die Urethra nimmt nicht sofort die Ausweitung an, welche dem Drucke entspricht, sondern erst nach und nach im Verlaufe von $^1/_4$—$^1/_2$ Minute. Injiziert man daher sehr langsam, kann man erreichen, dafs die Erweiterung der Urethra gleichmäfsig mit dem Drucke steigend vor sich geht. Injiziert man dagegen gradweise schnell, steigt zuerst der Druck schnell, später erweitert sich die Urethra, indem gleichmäfsig der Druck am Manometer fällt. Dieses Merkmal „Urethras elastische Nachwirkung" ist nicht ohne Wichtigkeit. Ein Mafs für dieselbe findet man, indem man zuerst eine schnelle Injektion ungefähr bis zum Sphinkterdrucke vornimmt, die injizierte Flüssigkeitsmenge abliest und demnächst untersucht, wieviel bei gleichem Druck noch aufserdem einströmen kann. In der Regel findet man 3—5 g. Bei einer schnellen Injektion hat die Urethra also nicht Zeit zur Ausdehnung. Eine kleine Flüssigkeitsmenge (Kokain) kann auf diese Weise in den Bulbus gebracht werden, eine gröfsere kann, selbst wenn sie kleiner ist als die Kapazität, leicht den Sphinkter forcieren. Will man also bei der gewöhnlichen Injektionstherapie die Urethra ad maximum füllen, mufs langsam injiziert werden.

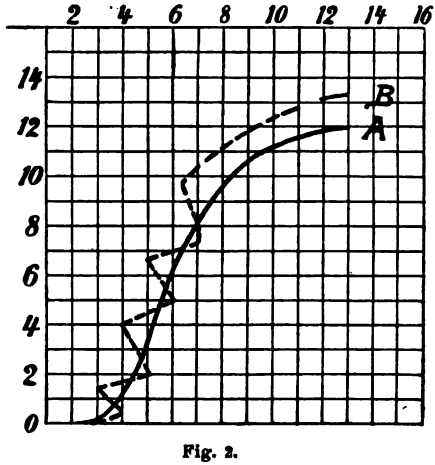


Fig. 2.
A. Kapazitätskurve bei langsamer Injektion.
B. Kapizitätskurve bei schneller, gradweiser Injektion.

Die elastische Nachwirkung ist am stärksten bei niedrigerem Druck, bei höherem Druck nimmt die Urethra schneller die Ausweitung an, welche dem Drucke entspricht. Gegen jede gradweise Erhöhung des Druckes, strömt eine stetig geringere Flüssigkeitsmenge in die Urethra, bis man schliefslich die Flüssigkeit schnell einlaufen sieht, indem der Druck des Manometers gleichzeitig fällt. — Der Sphinkter hat nachgegeben.

Auf diese Weise ist es möglich, durch diese Untersuchungen gleichzeitig die Ausweitungsform der Urethra, die Kapazität und den Druck des Sphinkter zu bestimmen.

Die Ausweitung der Urethra oder, wenn man will, Kapazität hängt wohl vom Drucke ab, indem jedem Drucke eine gewisse Kapazität entspricht. Aber die Kapazität wird nicht proportional zum Drucke erhöht, zum Beispiel:

Druck	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1/100 Atm.
Kapazität	0	1	3	6	8	9,5	10,5	11	11,4	ccm
Kapazitätsvergrößerung .	—	1	2	3	2	1,5	1	0,5	0,4	ccm

Wenn es natürlich auch Abweichungen und Ausnahmen gibt, kann diese Skala doch als Norm betrachtet werden.

Die Kapazitätskurve ist in Übereinstimmung hiermit keine gerade Linie, sondern S-förmig gekrümmt, im Anfang schwach, dann schnell steigend, später weniger und weniger bis wagerecht (Fig. 2). Die Kapazitätszunahme ist am größten bei einem Druck von 6/100—8/100 Atm., was darauf beruhen kann, daß der Bulbus bei diesem Druck besonders von der Injektionsflüssigkeit engagiert wird. Bei schneller gradweiser Injektion nimmt die Kurve in ihrem untersten Teile eine zackige Form an, auf Grund der elastischen Nachwirkung. Bei höherem Druck ist die Vergrößerungszunahme minimal. Wenn die Zunahme Null ist, trotz stärkeren Druckes, hat man Urethras absolute Kapazität; diese wird sich wohl in der Regel nicht auf diesem Wege bestimmen lassen, weil der Sphinkter vorher nachgibt. Aber man sieht leicht, daß dieselbe nicht weit von der Kapazität entfernt ist, um die es sich hier handelt, nämlich die Kapazität des Sphinkterdruckes, welche gleich der Flüssigkeitsmenge ist, welche von der Urethra ant. bei dem tonischen Sphinkterdruck aufgenommen werden kann.

Die Resultate meiner Untersuchungen über diese Kapazität sind, daß dieselbe in

30 % von 4—10 ccm
37 % „ 11—15 „
33 % „ 16—21,5 „ sind.

Druckverhältnisse des Sphinkter.

Bei Sphinkter urethra (Sphinkter extern. und compress. p. membr.) muß nach Guyon unterschieden werden zwischen „la force tonique“ und

„la contraction", das ist zwischen dem tonischen und dem volontären Druck, entsprechend dem glatten und dem quergestreiften Teil des Sphinkter urethra.

Der volontäre Druck wird leicht bestimmt, wenn der Patient seinen Sphinkter kontrahiert, indem er „das Wasser zurückhält" oder Nates zusammenpreſst. Der volontäre Druck des Spinkter ist deshalb natürlich stark variierend, je nach dem Kontraktionsgrade von $^{14}/_{100}$ bis $^{22}/_{100}$ Atm. In diesem hohen Druck liegt eine Erklärung für die fast unüberwindlichen Reflexkontraktionen, welche man zeitweilig bei JANETS Irrigationen beobachtet, und welche meistens nur Kokaininjektionen weichen. Es könnte naheliegen, zu versuchen diesen hohen volontären Druck in der Injektionstherapie anzuwenden. Wenn der Patient während der Injektion seinen Sphinkter zusammenpressen würde, wäre es aufserordentlich schwierig, den Sphinkter zu passieren, selbst wenn der Inhalt der Spritze gröfser als die Kapazität der Urethra ant. wäre. Ich glaube indessen nicht, dafs dies irgend eine praktische Bedeutung haben kann. Eine Therapie soll nicht auf besondere Verhältnisse oder Finessen basiert sein, die entweder nicht bekannt sind oder leicht vergessen werden. Die Injektionstherapie soll so beschaffen sein, dafs selbst weniger Begabte dieselbe korrekt ausführen können.

Den tonischen Druck findet man, indem man während der Untersuchung psychische Einwirkungen verhindert, der Patient soll nicht nervös sein und soll an alles mögliche, nur nicht an die Untersuchung denken. Reflexkontraktionen werden umgangen, indem man Fälle wählt, die nicht besonders sensibel sind, und Flüssigkeiten, die nicht irritieren (0,7 %ige NaCl-lösung). Um der Injektionstherapie so nahe wie möglich zu kommen, war die Temperatur 15°. Die Injektionen wurden langsam vorgenommen.

Sobald der Druck in der Urethra ant. eine gewisse Höhe erreicht hat, sieht man, wie schon beschrieben, dafs die Flüssigkeit plötzlich schnell einströmt und dafs der Druck am Manometer gleichzeitig fällt. Der Sphinkter hat ein paar Gramm der Injektionsflüssigkeit passieren lassen, worauf er sich wieder zusammenzieht, sobald der Druck in der Urethra etwas unter seinem Spannungsdruck ist. Vermehrt man daher wieder den Druck, wiederholt sich dasselbe. Es ist hierdurch möglich, sowohl des Sphinkters tonischen Druck ziemlich genau zu bestimmen und aufserdem dessen Korntraktionsschnelligkeit. Fungiert der Sphinkter schnell, strömt nur eine geringe Flüssigkeitsmenge in Pars post. ein: $^1/_2$—1 g, fungiert er träge oft 2—3 g. Was diesen Punkt betrifft, finden sich natürlich zahlreiche Variationen.

Der tonische Druck selbst wurde untersucht bei Gesunden und einer Reihe Fälle von verschiedenen Formen von Gonorrhoe. Es hat

sich gezeigt, dafs sich dieser Druck ziemlich konstant zwischen $^{11}/_{100}$ bis $^{15}/_{100}$ Atm. bewegt, nämlich:

bei 35 % zwischen $^{11}/_{100}$—$^{12}/_{100}$ Atm.
„ 46 % „ $^{12}/_{100}$—$^{13}/_{100}$ „
„ 19 % „ $^{13}/_{100}$—$^{15}/_{100}$ „

In vier Fällen von Gonorrhoe post. mit Prostatitis fanden sich eigentümliche Abweichungen von dieser Norm. Des Sphinkters Druck war ziemlich niedrig: $^{7}/_{100}$—$^{9}/_{100}$ Atm. In zwei dieser Fälle sowie drei anderen wurde eine besonders träge Funktion des Sphinkter konstatiert, so dafs dieser eine gröfsere Flüssigkeitsmenge passieren liefs (5—8 g), bevor er sich wieder kontrahierte (Fig. 3). Diese Symptome geben unbedingt das Bild einer Sphincteritis gonorrhoica, was weiter dadurch bekräftet wird, dafs der Druck später normal wurde. Die pathologische Insuffienz des Sphinkter kann natürlich Veranlassung dazu geben, dafs Sekrete von Pars post.

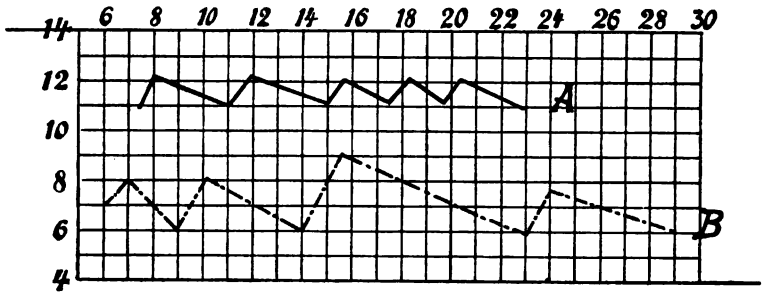


Fig. 3.
A. Druckkurve bei normalem Sphinkter.
B. Druckkurve bei Sphincteritis gonorrhoica.

durch Pars ant. entleert werden. Die beobachteten Fälle kontinuierlicher Prostatorrhoe (Fürbringer) sind wahrscheinlich die Folge solcher Verhältnisse.

Das Verhalten bei prolongierten Injektionen mit permanentem Druck lafst sich mit meiner Methode ebenfalls leicht untersuchen. Wenn der Sphinkter ein paar Gramm hat passieren lassen und sich darauf wieder zusammengezogen hat bei einem etwas geringeren Druck, läfst man die Injektion in der Urethra in Verbindung mit der Pipette stehen, ohne jedoch den Druck zu vergröfsern. Nach einigen Minuten sieht man dann, wie der Sphinkter wieder nachgibt und $^{1}/_{2}$—1 g passieren läfst, wobei der Druck in der Urethra noch niedriger wird. Nach weiteren wenigen Minuten wiederholt sich dasselbe. Im Laufe von 5—10 Minuten kann der Sphinkter so 3—4 g Flüssigkeit passieren lassen, indem der Druck in der Urethra gleichzeitig bis auf $^{8}/_{100}$—$^{9}/_{100}$ Atm. sinkt. Niedriger scheint derselbe nicht zu gehen.

Es ist daher anzunehmen, dafs der Sphinkter wirklich bei permanentem Drucke reflektorisch erschlafft bis zu einem gewissen Grade. Die Flüssigkeitsmengen, welche in Pars post. einströmen, sind jedoch nur geringe, wenn der Druck niedriger ist als des Sphinkters Tonus.

Dagegen kann man, wie JANETs Irrigationen beweisen, die Flüssigkeit leicht in gröfserer Menge zum Einströmen bringen, wenn der Patient während der Injektionen Urin läfst. Bei meinen Versuchen hat es sich gezeigt, dafs der Druck dann bis auf $^5/_{100}$ Atm. sinkt und sich auf dieser Höhe hält. Dies ist also die einfachste Weise um den Sphinkter zu forcieren.

Resultate.

Will man aus diesen Untersuchungen diejenigen Momente hervorheben, welche für die Injektionstherapie von Bedeutung sind, so handelt es sich ungefähr um die folgenden:

I. Für Injektionen im Pars anterior.

1. Der Rauminhalt der Spritze mufs mindestens 21,5 ccm sein, da die Kapazität von 4—21,5 ccm schwankt.

2. Der Druck der Injektionen soll $^1/_{10}$ Atm. nicht überschreiten, da der tonische Druck von Sphinkter urethra $^1/_9$—$^1/_7$ Atm. ist.

3. Die Injektionen sind mit Rücksicht auf Urethras elastische Nachwirkung langsam vorzunehmen.

4. Die Injektionen sind am besten in Form von kurzen und wiederholten Injektionen vorzunehmen, da der Sphinkter bei längerer Einwirkung ermüdet wird.

5. Aus demselben Grunde können prolongierte Injektionen nur mit niedrigem Druck vorgenommen werden, die Urethra halb gefüllt.

II. Für Injektionen im Pars posterior.

6. Der Rauminhalt der Spritze mufs einige Kubikzentimeter gröfser als Urethra ant.-Kapazität sein, daher sind 25 ccm, wie auch von GUIARD vorgeschlagen, passend.

7. Die Injektionen sind am leichtesten bei leerer Blase vorzunehmen, der Patient läfst während derselben Urin, denn dann ist der Druck am niedrigsten ($^1/_{20}$ Atm.). Sonst mufs der Druck gröfser sein ($^1/_6$ Atm.) oder längere Zeit wirken (prolongierte Injektion).

III. Ventilspritze.

Die Konklusionen meiner kritischen und physiologischen Untersuchungen ergeben für eine zweckmäfsige Gonorrhoespritze folgende Hauptbedingungen:

1. Der Rauminhalt derselben soll 25 ccm sein.

2. Der Stempeldruck soll $^1/_{10}$ Atm. nicht überschreiten und doch eventuell erhöht werden können.
3. Die Spritze soll leicht zu sterilisieren sein.

Der ersten Bedingung kann leicht entsprochen werden. Die zweite ist absolut Hauptsache und läfst sich erfüllen, indem man im Druckraum der Spritze ein verstellbares Ventil anbringt und letzteres so einrichtet, dafs es leicht aufser Wirksamkeit gesetzt werden kann. Der dritten der gestellten Forderungen wird leicht genügt, indem man Druck und Flüssigkeitsraum trennbar herstellt, am besten in Form einer Ballonspritze.

Nach einer Reihe von Experimenten habe ich mich für eine „Ventilspritze" entsprechend beistehender Abbildung entschieden (Fig. 4). Dieselbe besteht aus einem Gummiball als Druckraum und einem Glasbehälter als Flüssigkeitsraum, verbunden durch eine Röhre (Ansatz), die das Ventil enthält.

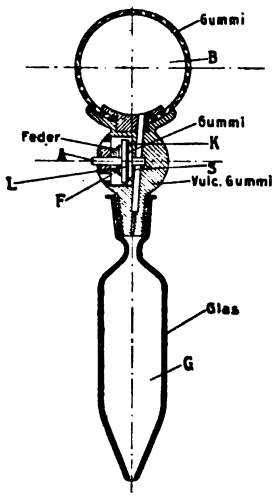


Fig. 4.
Die Ventilspritze.

Der Rauminhalt des Balles (*B*) ist so grofs, dafs derselbe, wenn vollständig zusammengedrückt, genau 25 ccm in den für die Aufnahme der Flüssigkeit bestimmten Glasbehälter aufsaugen kann, so dafs die Injektionsflüssigkeit also nicht mit der Ventilröhre in Berührung kommt. Der Glasbehälter (*G*) ist leicht abzunehmen und zu sterilisieren. Er schliefst dicht an die gummibekleidete Ventilröhre. Die Form ist die der gewöhnlichen Gonorrhoespritzen und ergibt sich im übrigen aus der Zeichnung. Der Ansatz enthält das Ventil, dessen Schnitt aus Figur 4 ersichtlich ist. Der Ventilsitz (*S*) hat eine vorspringende scharfe Kante (*K*), wogegen der gummibekleidete Ventilkegel (*L*) mit Hilfe einer Spiralfeder (*F*) luftdicht angepreſst wird. Der Deckel (*D*) kann durch zwei Löcher leicht niedergeschraubt werden und die Feder zu dem bestimmten Druck ($^1/_{10}$ Atm.) anspannen. Wenn dies geschehen, wird die Beweglichkeit des Deckels durch Zukittung aufgehoben. Die Ventilachse (*A*) geht durch die Mitte des Deckels wie ein kleiner Knopf. Drückt man mit dem Finger auf diesen Knopf, so ist das Ventil geschlossen, so dafs man mit dem Gummiball einen bedeutenden Druck ausüben kann.

Anwendung. Um die Antiseptik durchführen zu können, ist es natürlich notwendig, dafs auch Flasche und Schale aseptisch sind. Die Injektionsflüssigkeit sollte in einer Flasche mit überfallendem Deckel ordiniert werden (Fig. 5) und die Schale (Fig. 6) auf dem Boden gerundet sein, um von Unreinlichkeiten leicht befreit und eventuell durch Waschung

mit einer 2%igen Lapislösung sterilisiert werden zu können. Der Flüssigkeitsbehälter der Ventilspritze kann vor Gebrauch entweder abgenommen und durch Kochen oder durch Füllung mit 2%iger Lapislösung sterilisiert werden. Der Flüssigkeitsbehälter ist dann wieder leicht auf die Ventilröhre anzubringen, wenn dessen Gummibekleidung vorher etwas angefeuchtet wird. Die Spritze wird, wie Fig. 7 zeigt, mit dem ersten und dritten Finger um die Ventilröhre und mit dem Zeigefinger auf dem Ball gehalten. Letzterer wird zuerst ganz zusammengedrückt und die Spritze danach durch Aufsaugen gefüllt, indem man den Ballon sich langsam

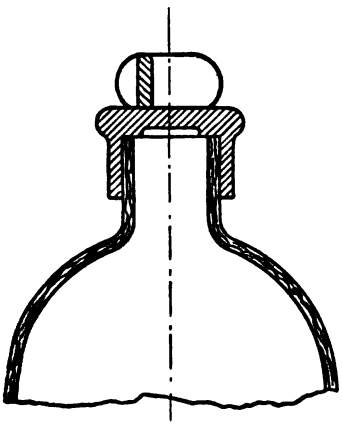


Fig. 5.

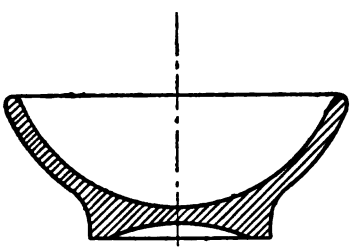


Fig. 6.

Fig. 7.
Handstellung bei Anwendung der Ventilspritze.

ausweiten läfst. Wenn der Flüssigkeitsbehälter gefüllt ist, mufs die Spritze stets so gehalten werden, dafs die Flüssigkeit nicht mit der Ventilröhre in Berührung kommt, und ohne den Griff der rechten Hand zu verändern, wird die Spitze der Spritze im Orificium urethra angebracht, indem man die Glans penis in der linken Hand hält. Durch den Druck des Zeigefingers auf den Ballon wird die Flüssigkeit in die Urethra ant. injiziert, welche sich ungefähr bis zum Sphinkterdrucke füllt, indem der Ball ganz zusammengepreſst wird. Wenn der erwähnte Druck von $^1/_{10}$ Atm. erreicht ist, öffnet sich das Ventil und in Pars ant. strömt keine Flüssigkeit

mehr ein. Aber wie gesagt, müssen die Injektionen so langsam wie möglich vorgenommen werden.

Will man mit der Ventilspritze in Pars post. injizieren, mufs man natürlich allererst die Antiseptik durchführen. Demnächst ist Pars ant. durch mehrfache Injektionen auszuspülen, und dann erst sind die Injektionen in Pars post. vorzunehmen, indem man das Ventil mit dem Daumen schliefst. Die Injektionen werden, wie besprochen, bedeutend erleichtert, wenn der Patient während derselben dieselbe Bewegung wie beim Urinlassen macht.

Die Vorteile der Ventilspritze gegenüber den gewöhnlichen Gonorrhoespritzen sind in die Augen fallend.

1. Die gewöhnliche Gonorrhoespritze funktioniert häufig schlecht. Der Stempel kommt leicht in Unordnung, schliefst entweder gar nicht oder zu fest. Die Injektionen werden dadurch erschwert, und oft werden Nachteile herbeigeführt, wenn ein festschliefsender Stempel z. B. plötzlich nachgibt, und die Injektionen daher mit grofser Kraft vor sich gehen.

Die Ventilspritze ist leicht zu hantieren, und die Injektionen können mit der gröfsten Langsamkeit und Akuratesse vorgenommen werden.

2. Der konstante Raumumfang der üblichen Spritze entspricht so gut wie nie der wechselnden Kapazität von Urethra ant., wodurch mangelhafte Behandlung von Pars ant. oder Gon. post. oder beide verursacht wird.

Die Ventilspritze injiziert stets ein Flüssigkeitsquantum, welches Pars anteriors wechselnder Kapazität entspricht, ohne dafs der Sphinkter forciert wird. Sie ermöglicht eine gründliche Behandlung von Pars ant., ohne Veranlassung zu Gonorrhoe post. zu geben.

3. Die gewöhnliche Gonorrhoespritze kann nicht sterilisiert werden und gibt häufig zu oft ernsten und hartnäckigen sekundären Injektionen von Pars ant., Pars post. und Prostata Veranlassung. Dieselbe kann aus gleichen Gründen auch nicht zu Injektionen in Pars post. angewandt werden.

Die Ventilspritze kann vollständig sterilisiert und leicht zu sterilen Injektionen in Pars post. verwandt werden.

Auf diese Weise ist durch meine Ventilspritze gegen alle technische Mängel, die sich bisher zum grofsen Nachteil der Injektionstherapie erwiesen haben, Abhilfe geschafft. Dieselbe wird ein wichtiges Glied im Kampfe der modernen Therapie gegen die Gonorrhoe bilden.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Die hyaline Degeneration im Hautcarcinom.

Von

Dr. Antonino Marullo-Neapel.

Zum Studium dieses Gegenstandes habe ich acht Hautcarcinome verwendet, aber nur bei zweien von ihnen eine hyaline Degeneration gefunden. In dem speziellen Teile dieser Arbeit werde ich mich mit der dabei angewandten mikroskopischen Technik beschäftigen.

Die erwähnten beiden Carcinome gehören bezüglich ihrer Struktur zu der Gattung der Hautcarcinome, welche Unna in eine Gruppe unter dem Namen der „vegetierenden" vereinigt; es sind Tumoren, die eine üppige Proliferation haben, schnell in die den Lymphdrüsen benachbarten Gewebe eindringen und daher vielfach zu Metastasen führen. Histologisch haben sie als Charakteristikum vermehrte Mitose des Epithels, welches während seines Wachstums, unabhängig vom Gefäfsgewebe geworden, sich in unregelmäfsigen Massen entwickelt und derart konfluiert, dafs es das Stroma, die Gefäfse und ihre Umgebung verkleinert. So sagt Unna.

Die beiden oben erwähnten Fälle gehören speziell der zweiten Unterart der vegetierenden Carcinome an, welche Unna grobretikuläre Carcinome nennt.

Betrachten wir mit schwacher Vergröfserung ein mikroskopisches Präparat und zwar bei Doppelfärbung (Methylenblau — n. Orcein-Methode) oder mittels meiner Methode gefärbt (Orcein + Wasserblau + Essigsäure — Anilin + Pikrin + Eosin),[1] welche uns eine allgemeine Übersicht bietet, so sehen wir, dafs „die Epithelmassen sich an der Oberfläche anhäufen und zunächst derbe Massen bilden, welche durch Eindringen der Verhornung in die Tiefe der Epithelzapfen allmählich zerklüften, an der Oberfläche in eine Menge papillärer Erhabenheiten auseinanderweichen und ein blumenkohlähnliches Aussehen annehmen".[2] (Unna.) Weiter in der Tiefe der Cutis geht das Carcinom in die grobretikuläre Form über, wobei die Epithelsäulen nach allen Seiten Sprossen treiben, sich netzartig verbinden und nur kleine schwache Bindegewebsinseln zwischen sich übrig lassen.

---

[1] A. Marullo, Eine neue Färbungsmethode für Kollagen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1902. Bd. 35.

[2] Unna, *Histopathologie der Haut.* 1894. Hirschwald.

Diese Beobachtung bestätigt die einfache präcise Beschreibung Unnas: „Die einfach vegetierenden Carcinome von grobretikulärer Form entstehen entweder spontan durch tieferes Einwachsen des Epithels oder im Anschluſs an papilläre Formen“.[3]

In diesem Carcinom bemerkt man überall die Anzeichen von epithelialer Degeneration: Hyaline Perlen und Hornperlen. Im Zwischengewebe finden sich häufig schöne Plasmazellen.

Die spezielle Untersuchung der epithelialen Zellen zeigt uns alle Phasen, welche sie beim Hautcarcinom durchmachen. Von der Hypertrophie gehen sie zur Hyperplasie über, und die Tochterzellen gleichen in diesem letzten Falle den Mutterzellen. Auſserdem fällt eine „endogene Proliferation“ an den Punkten ins Auge, wo übermäſsige Entwicklung herrscht, eine Anhäufung von epithelialen Zellen, fast als ob die Zeit fehle zur regelmäſsigen Evolution der Zellenvervielfältigung. Vielfach findet sich in der Zellentwicklung der Charakter des Indifferentismus (Virchow).

I.

Die erste von mir gemachte Untersuchung befaſste sich mit der Affinität des Hyalins zu den sauren und basischen Farben; ich suchte Aufklärung zu gewinnen über die folgenden Punkte:

I. Die Affinität des Hyalins zu den basischen Farben,
II. die Affinität des Hyalins zu den basischen Farben im Verein mit einer Säurebeize,
III. die Affinität des Hyalins zu den sauren Farben,
IV. die eventuelle Prävalenz einer der genannten Affinitäten.

Das Gewebe wurde in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und die Schnitte wurden mittels folgender Methode von Celloidin befreit:

Alkohol 80%,
Alkohol absolut,
Alkoholäther zu gleichen Teilen,
Alkohol absolut,
Alkohol 80%.

Zum Färben bediente ich mich der folgenden acht Färbungsmethoden. Von den fünf dabei angewandten Farben sind drei saure Farben: Wasserblau,[4] Säurefuchsin, Orcein[4] und zwei basische: Safranin und polychrome Methylenblaulösung.[4] Als saure Beize benutzte ich Tannin.

---

[3] Unna, *Histopathologie der Haut.* 1894. Hirschwald.
[4] Bezugsquelle Grübler-Leipzig.

Methode I.

1. Wasser.
2. Polychrome Methylenblaulösung, 2 Minuten.
3. Wasser.
4. Glycerinäthermischung, 15 Tropfen in ein Porzellanschälchen gefüllt mit destilliertem Wasser, 2 Minuten.
5. Wasser.
6. Alkohol 80%.
7. Alkohol absolut.
8. Bergamottöl.
9. Canadabalsam.

Methode II.

1. Wasser.
2. Polychrome Methylenblaulösung, 2 Minuten.
3. Wasser.
4. Wässerige Tanninlösung 33⅓%, einige Minuten.
5. Wasser.
6. Alkohol 80%.
7. Alkohol absolut.
8. Bergamottöl.
9. Canadabalsam.

Methode III.

1. Wasser.
2. Wässerige Safraninlösung 1%, 10 Minuten.
3. Wasser.
4. Alkohol 80%.
5. Alkohol absolut.
6. Bergamottöl.
7. Canadabalsam.

Methode IV.

1. Wasser.
2. Wässerige Safraninlösung 1%, 10 Minuten.
3. Wasser.
4. Wässerige Tanninlösung 33⅓%, einige Minuten.
5. Wasser.
6. Alkohol absolut.
7. Bergamottöl.
8. Canadabalsam.

Methode V.

1. Wasser.
2. Polychrome Methylenblaulösung, 5 Minuten.
3. Wasser, 1—2 Minuten.
4. Säurefuchsin + Tannin, 5—10 Minuten.
5. Wasser.
6. Alkohol absolut.
7. Bergamottöl.
8. Canadabalsam.

Methode VI.

1. Wasser.
2. Wässerige Safraninlösung 1%, 10 Minuten.
3. Wasser.
4. Wasserblau + Tannin, 15—20 Minuten.
5. Wasser.
6. Alkohol absolut.
7. Bergamottöl.
8. Canadabalsam.

Methode VII.

1. Orcein-Wasserblaumischung (Grübler), 6—12 Stunden.
2. Alkohol absolut, 1—2 Minuten.
3. Alkohol mit Salzsäure 1%, 1 Minute.
4. Bergamottöl.
5. Canadabalsam.

Methode VIII.

1. Wasser.
2. Orcein-Säurefuchsinmischung (Grübler).
3. Wasser.
4. Alkohol mit Salzsäure 1%, 1 Minute.
5. Alkohol absolut.
6. Bergamottöl.
7. Canadabalsam.

Das Resultat dieser Experimente haben wir auf beifolgender Tabelle zusammengestellt, wo diejenige Farbe, welche das Hyalin bei den verschiedenen Methoden annimmt, bezeichnet ist.

	Methode	Überwiegen der Farbe		
		der basischen	der sauren	der basischen mit saurer Beize
1	Polychrome Methylenblaulösung, Glycerinäther	kaum gefärbt	—	—
2	Polychrome Methylenblaulösung, Tannin, Alkohol	—	—	stark blau
3	Safranin, Alkohol	kaum gefärbt	—	—
4	Safranin, Tannin, Alkohol	—	—	stark rot
5	Polychrome Methylenblaulösung, Säurefuchsin + Tannin	—	—	blau
6	Safranin, Wasserblau + Tannin	—	—	rot
7	Orcein + Wasserblau, Salzsäure + Alkohol	—	blau	—
8	Orcein + Säurefuchsin, Salzsäure + Alkohol	—	rot	—

Die Schlüsse, welche wir aus diesen Resultaten ziehen, sind folgende:

1. Das Hyalin hat keine Affinität zu den basischen Farben (1, 3).
2. Es nimmt die basische Färbung nur an, wenn diese mit einer Säurebeize zusammen ist (2, 4), dann aber ist die Affinität zur basischen stärker als zu einer sauren allein (5, 6).
3. Das Hyalin hat Affinität für die sauren Farben (7, 8). (Vergl. auch 9, 10, 11, 12.)
4. Bei Verwendung zweier saurer Farben ist das färbende Ergebnis entweder unbestimmt, oder das Hyalin nimmt die Tinktion der stärkeren Farbe an (7, 8).

II.

Formen des Hyalins.

Die oben beschriebenen Methoden geben uns alle eine mehr oder weniger deutliche Veranschaulichung der Form und Lagerung des Hyalins, voran die Methode: Safranin — Wasserblau + Tannin (6), welche zudem eine sehr schöne rote Färbung desselben liefert. Indessen habe ich mich, um die übrigen Bestandteile zugleich darzustellen, hauptsächlich der folgenden Methoden bedient:

Pol. Methylenblau — n. Orcein-Methode; Methode IX.

1. Wasser.
2. Polychrome Methylenblaulösung, 5 Minuten.
3. Wasser.
4. Trocknen mit Löschpapier.
5. n. Orcein (Grübler), 15 Minuten.
6. Alkohol 80%.
7. Alkohol absolut.
8. Bergamottöl.
9. Canadabalsam.

Hierbei wird das Hyalin orceinbraun.

Säurefuchsin — Pikrin-Methode; Methode X.

1. Wasser.
2. Hämatoxylin Delafield, 15 Minuten.
3. Wasser, kurze Zeit.
4. Säurefuchsin (2%ige Lösung), 5 Minuten.
5. Pikrinsäure (wässerige Lösung), 2 Minuten.
6. Pikrinsäure (alkoholische Lösung), 2 Minuten.
7. Alkohol 80%.
8. Alkohol absolut.
9. Bergamottöl.
10. Canadabalsam.

Hierbei wird das Hyalin säurefuchsinrot.

Hämatein — Eosin-Methode; Methode XI.

1. Wasser.
2. Hämatoxylin Delafield, 15 Minuten.
3. Wasser, 15 Minuten.
4. Eosin (wässerige Lösung), 2 Minuten.
5. Alkohol 80%.
6. Alkohol absolut.
7. Bergamottöl.
8. Canadabalsam.

Hierbei wird das Hyalin hell eosinrot.

Aufser diesen bekannten Methoden habe ich zur Darstellung des Hyalins eine neue Methode in Verwendung gezogen und zwar folgende:

Wasserblau + Orcein + Essigsäure- (Unna) Methode.

Entfernung des Celloidins.

Orcein (Grübler)	1,0	25—30 Minuten.
Wasserblau	1,0	
Eisessig	5,0	
Glycerin	10,0	
Alkohol	60,0	
Aqua destillata	ad 100,0	

Alkohol absolut, 2 Minuten.
Anilin-Eosinlösung, 4—12 Stunden.
Xylol, Balsam.

Wenn wir ein hiermit gefärbtes Präparat bei Tageslicht betrachten, bemerken wir, dafs das Hyalin dunkelblau gefärbt ist, was vom Hellblau der anderen Gewebe sich abhebt, besonders aber vom Rot des Eosin. — Mit starker Vergröfserung (Ölimmersion $^1/_{12}$) können wir mit dieser Methode auch die Epithelfaserung beobachten, aber weniger gut als mit der oben erwähnten Methode X (Hämatoxylin, Säurefuchsin, Pikrinsäure).

Das klarste, schönste Bild des Präparates hat man jedoch bei gelbem Licht, indem man sich einer kleinen Petroleumlampe bedient, welche man vor das Mikroskop stellt. Das gelbe Licht schwächt merklich die blaue Färbung und hebt das Rot mehr hervor. Die Resultate, besonders in Bezug auf das Studium der Epithelfasern, habe ich mit derselben Methode erhalten, indem ich nur Anilin-Eosinlösung durch Anilin-Pikrinlösung ersetzte.

Das Hyalin erscheint uns alsdann entweder in grofsen Massen, denen wir keine bestimmte Form geben können, oder in kleineren Komplexen. Unter diesen letzteren unterscheiden wir rundliche Formen, Konglomerate oder hyaline Perlen, welche einer Vereinigung von verschiedenen Hyalinkörpern entsprechen, und in denen man leicht einen oder mehrere Zentralkörper erkennen kann, um welche sich konzentrisch verschiedene

Schichten lagern. Die rundliche Form ist das Resultat des zentripetalen Druckes, welcher von allen Seiten ausgeübt wird. Eine Hyalinperle enthält fast immer Zellen, welche schon den Verhornungsprozefs durchgemacht haben, so dafs hyaline Zellen mit verhornten abwechseln und die beiden Prozesse mit einander verschmolzen erscheinen. Neben den rundlichen Formen zeigen sich längliche, welche manchmal brückenähnliche, entfernt liegende Hyalinkonglomerate verbinden.

Vereinzelt traten hier und da noch kleine Hyalinkörper auf, die kaum mehr als die Gröfse einer Einzelzelle aufweisen, wie UNNA es ähnlich beschrieben hat.

Erscheint hier der Zellkörper ganz von Hyalin angefüllt, so ähnelt die Zelle einer kleinen Scheibe, die von einer äufseren Zone, einem freien Rand umgeben ist.

In dieser der Zelle angehörigen Zone, lassen sich leicht bei Änderungen des Focus radiäre Epithelfasern erkennen.

Derartige Zellen sind vielfach Gegenstand von Kontroversen gewesen und bilden noch heute eine Stütze der parasitären Theorie der Genese der Carcinome, während sie doch meines Erachtens nichts anderes als dasjenige Stadium der Hyalinumwandlung darstellen, in welchem diese die ganze Zelle durchdrungen hat und sich anschickt, deren Grenzen zu überschreiten.

Andere Hyalinmassen, die man, was ihre Gröfse anbetrifft, mit allen drei oben beschriebenen Arten vergleichen kann, unterscheiden sich von jenen durch ihre Neigung zur länglichen Form, während die vorhergehenden eine deutliche rundliche Form bewahren. Diese zur Längenausbreitung tendierenden Massen, der „zweite Typus" UNNAS, verbinden entweder zwei Zellen oder gehören zu einer einzigen Zelle, in welchem Falle sie ihre Anhängsel sind; manchmal hat dann das Hyalin die Form eines Griffes, eines Stabes oder einer Schlange (UNNAS vierter Typus). Eine andere Form, von uns beobachtet und von UNNA beschrieben, hat das Aussehen von freien Stäben oder Schlangen.

Das Studium noch kleinerer Hyalinkörper führt uns in das Innere der Zelle und fast immer um den Kern herum. In der Tat, in der Protoplasmazone, welche sich in der Nähe des Kerns befindet, in den Fällen, wo die Hyalinbildung noch nicht vollendet ist, bemerken wir entweder eine sehr deutliche Trübung des Protoplasmas oder schon kleine Granula aus bereits formiertem Hyalin; zuweilen bilden gröfsere Granula eine Gruppe am Kernrand.

Andere Beobachtungen zeigen uns eine unvollkommen oder vollkommen geschlossene perinukleäre Hyalinzone; handelt es sich hierbei um sich teilende Zellen, so kann das Hyalin dem Kerne bis in seine mitotischen Endphasen folgen.

Der Prozefs der Hyalindegeneration im Innern der Zelle vollzieht sich — wie wir sehen — ausschliefslich im Bereich des Protoplasmas. Dieses ist immer sein Ausgangspunkt, der Kern bleibt immer unberührt, und alle Färbungen desselben zeigen jenen gar nicht oder wenig verändert. Der Kern ist dabei passiv und bleibt, sobald das ganze Protoplasma degeneriert ist, zuletzt eingeschlossen, eingekapselt in der umgebenden Hyalinmasse. Deshalb mufs man mit UNNA und anderen folgern, dafs der Kern keinen Anteil an der primären Hyalinmetamorphose hat und höchstens eine sekundäre Degeneration erleidet.

Mit den verschiedensten Färbemethoden, welche zum Studium der Epithelfasern dienen, wie: Polychrom-Methylenblaulösung, Säurefuchsin + Tannin oder Säurefuchsin-Hämatoxylin-Pikrinsäure, oder mit der von mir neubeschriebenen Methode: Wasserblau-Orcein-Essigsäure, Anilinpikrin, oder mit einer neuen Verbindung der Orcein-Säurefuchsin-Mischung mit Anilinpikrin, ist es bei starker Vergrösserung leicht zu erkennen, dafs die Epithelfasern die gleiche Tinktion wie das Hyalin selbst annehmen.

Dies beweist uns die schon von UNNA beobachtete Tatsache, dafs die Hyalindegeneration sich auch längs der Epithelfasern entwickelt, besonders an den Berührungspunkten, welche sie sowohl unter sich wie mit anderen Elementen besitzen; somit können wir auch verfolgen, wie intracelluläres Hyalin längs der Epithelfasern die Zellengrenzen überschreitet, extracellulär wird und brückenähnlich auf Nachbarzellen übergeht. UNNA sagt: „Die hyaline Degeneration schreitet eben nicht zellenweise, sondern längs des Fasersystems der Epithelien fort; daher: hyaline Zellenteile, die in Zellenbrücken übergehen".

Die Hyalinsubstanz ist nicht das erste Produkt, welches sich im Prozefs der Hyalindegeneration bildet. Im Gegenteil, es scheint, dafs man zu ihr durch eine Reihe von mikro-chemischen Verwandlungen gelangt, deren Endresultat das Hyalin darstellt. In der Tat, wie schon KESER[5], haben auch wir das verschiedene Verhalten der Zellensubstanz während der Degeneration gegenüber den beiden Farbsubstanzen, dem Hämatoxylin und dem Eosin (in der oben beschriebenen Methode XI), bemerkt.

Anfangs ist es das Hämatoxylin, welches die Zellenzone, die den Degenerationsprozefs begonnen hat, ausgesprochener als das Eosin färbt. In der Folge nimmt beim Fortschreiten des Degenerationsprozesses in dem Mafse wie die Affinität für Hämatoxylin abnimmt, die für das Eosin zu, so dafs das Eosin am Ende des Degenerationsprozesses mit einer schönen Färbung vorherrscht. Der Anfang des Prozesses ist erkennbar an ge-

---

[5] S. KESER, Contribution à l'Étude histologique de l'épitheliome pavimenteux (carcinome de la Peau). *Ann. de Dermatol. et de Syphilogr.* 1894. 3. Serie. T. V.

wissen Stellen des Zellenprotoplasmas, wo die Färbung des Hämatoxylins sich sehr gut, sowohl vom normalen Protoplasma als von der schon gebildeten Hyalinsubstanz unterscheidet, dergestalt, dafs drei deutlich trennbare Farbennuancen in die Erscheinung treten. Ganz entsprechend bemerkt Kesser: „En effet, l'apparition de la substance hyaline est précédé d'une periode de début durant laquelle la partie du protoplasme cellulaire en voie de transformation se distingue d'une part du protoplasme normal environnant et d'autre part de la substance hyaline définitive. . . . .“

III.

Welche Beziehung besteht zwischen der hyalinen Degeneration und dem Prozefs der Verhornung?

Der Prozefs der Verhornung, welcher im Hautcarcinom vorkommt, schliefst sich an eine üppige Produktion der Stachelzellen, welche ihre regressive physiologische Metamorphose erleiden. Seit Oehl wissen wir, dafs das Stratum lucidum seinen Ursprung in der Stachelschicht hat, deren Zellen, als Endphase ihres Lebens eine Austrocknung erleiden, durch welche sie allmählich ihr Pigment verlieren, sich abplatten, ihren Inhalt homogenisieren und ihren Kern einbüfsen, welch letzterer augenscheinlich verschwindet.

Ein dem geschilderten verwandtes physiologisches Verhalten zeigt sich an den Epithelien lange bestehender Hautcarcinome.

In der Tat, man weifs, dafs das Hautcarcinom sich aus den Zellen der Stachelschicht entwickelt. Diese Zellen werden unabhängig von der Matrix, machen sich von ihrer ersten Stelle los, erlangen eine tätige, bewegende Kraft und, nach allen Richtungen hin sich vermehrend, findet durch die Zellenteilung eine üppige Proliferation statt, hier und da zerstreut, ohne irgend welche Regel.

Mitten in den epithelialen Wucherungen, gewöhnlich im Mittelpunkt, finden wir Anhäufungen von hornigen Zellen von rundlicher Form, welche nichts anderes als Stücke des Stratum lucidum sind, welche sich aus den Stachelzellen an einer abnormen Stelle entwickelt haben, weil die Lage der Stachelzellen, aus welchen sie abstammt, abnorm ist. Diese Anhäufungen sind von rundlicher Form wegen des Druckes, der von allen Seiten ausgeübt wird, so dafs daraus eine Kugel von Hornzellen entsteht, eine sogenannte Hornperle.

Deshalb können wir die Hornperlen ansehen, als von einem physiologischen Prozefs herstammend, wegen der Fähigkeit der Stachelzellen, in der Endphase ihres Lebens eine Hornsubstanz hervorzubringen, welche aber hier wegen der Abweichung vom normalen Entwicklungswege atypische Formationen annimmt. Jetzt können wir uns erklären, warum die Hornperlen sich nur in Hautcarcinomen von langer Dauer befinden.

Der Prozefs der Hornbildung ist also nicht das Resultat einer Degeneration im wahren Sinne des Wortes, sondern das Resultat einer Evolution physiologischer Art.

Die Epithelfasern sind auch dem Verhornungsprozesse unterworfen, weil sich an ihnen entlang, ebenso wie sich das Vorhandensein der Hyalinsubstanz zeigt, auch das Vorhandensein der der Verhornung eigenen Körner, des Keratohyalins, beobachteten. Diese Tatsache ist von grofser Wichtigkeit, wenn man an die besondere Mission denkt, welche nach RANVIER den Epithelfasern zugeschrieben wird, welche das Gerüst, die verbindende und widerstehende Kraft des Hautepithels darstellen.

Man wird leicht verstehen, wie jedwede Ursache, welche, wie die Hyalindegeneration, auch noch so wenig die feinere Struktur verändert, notwendigerweise ihre Schwäche und ihren Bruch veranlassen mufs und weiterhin das Loslösen der Zellen und der Gewebe.

Das Hyalin ist das Endresultat eines wirklichen degenerativen Prozesses, dem das neoplastische Gewebe unterworfen ist, gewisse ungünstige Ernährungsbedingungen vorausgesetzt. Wir können oft in derselben Zelle die Hyalinbildung und die Verhornung sich zusammen entwickeln sehen; nahe der Wandung der Zelle die Verhornung, gekennzeichnet durch das Vorhandensein der charakteristischen Keratohyalinkörner und anderer oben beschriebener Merkmale; nahe dem Kern die Hyalinumwandlung, deutlich gemacht durch die Anwesenheit schöner Hyalinringe. Man kann auch oft Zellen beobachten, in denen ein Teil des Protoplasmas hyalin geworden ist, was sich in Gestalt von hier und da zerstreuten Inseln zeigt, während das übrige schon verhornt ist. Dies beweist uns die Dualität der beiden Prozesse, welche nahe zusammen sich vorfinden können, aber stets unter sich geschieden und unabhängig sind. Wir verstehen dann auch, wie innerhalb einer Hornperle sich Hyalinstücke befinden, während nach der Peripherie der Perle zu sich verhornte, sehr abgeplattete Zellen, in Gestalt von Hornlamellen befinden.

Die Schlüsse, welche wir aus unserer Arbeit ziehen, sind folgende:

1. Die Hyalinsubstanz hat Affinität für die sauren Farben: für die basischen Farben hat sie nur dann Affinität, wenn zugleich eine Säurebeize einwirkt.

2. Die Form, welche die Hyalinsubstanz annimmt, ist nicht beständig; das Hyalin ist sowohl intra- als extracellulär und entwickelt sich auch auf den Epithelfasern.

3. Die Hyalinsubstanz ist das Endprodukt des Prozesses der Hyalindegeneration, und ihr geht unmittelbar eine Substanz voran, welche mikroskopisch verschiedene tinktorielle Merkmale hat.

4. Das Vorhandensein der Hyalinsubstanz im Hautcarcinom rührt von einem Degenerationsprozefs im wahren Sinne des Wortes her.

Dem Herrn Dr. P. G. Unna, meinen geliebten und sehr verehrten Lehrer, gestatte ich mir, hier für das klinische Material und für den Unterricht meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Karl Herxheimer, Über die Struktur des Protoplasmas der menschlichen Epidermiszelle. 1898.
2. Unna, Zur Kenntnis der hyalinen Degeneration der Carcinomepithelien. 1894.
3. — Histopathologie. 1894.
4. G. Paladino, Institution der Physiologie. 1901.
5. Durante, Trattato di Patologia e Terapia Chirurgica. 1896.
6. S. Keser, Contribution à l'Étude histologique de l'epithéliome pavimenteux. 1894.
7. Waldeyer, Die Entwicklung der Carcinome. *Virchows Arch.* 1867—1872. Bd. XII und LV.
8. — Über den Krebs. *Volkmanns Samml. klin. Vortr.* No. 33.
9. Cornil, Mode de multiplication des noyaux et des cellules dans l'épithéliome. *Journ. de l'anat. et de la physiol.* 1891. S. 97.
10. Dupley et Gazin, Communication au Congrès internat. d'hygiène et de démographie à Londres. *Sem. méd.* 1891.
11. Schrön, Contribuzione alla anatomia, fisiologia e patologia della cute umana. 1865.

Aus der Praxis.

Über eine Ursache des sogenannten Jodoform-Ausschlages.

Von

Ch. Audry-Toulouse.

Die unangenehmen Erscheinungen beim gleichzeitigen Gebrauch von Jod- und Quecksilberpräparaten sind schon lange bekannt. Der auffälligste von diesen Zwischenfällen ist die heftige Balanitis, die beim innerlichen Gebrauch von Jodkalium auftritt, wenn die Eichel gleichzeitig mit Kalomel bestreut ist. Cordier hat vor 15—20 Jahren zuerst auf dieses Verhalten aufmerksam gemacht. Seitdem wurde eine gröfsere Anzahl von Arbeiten über den Gegenstand veröffentlicht.

Als ich noch Assistent an der geburtshilflichen Klinik von Lyon war — es ist das jetzt schon lange her —, wurden wir immer gewarnt, eine Vagina, die noch Jodoform enthielt oder enthalten konnte, mit Sublimatlösung auszuspülen. Seit jener Zeit habe ich oft genug Jodoformausschläge gesehen; nicht in allen, aber in vielen von diesen Fällen war die Haut vorher mit Sublimatlösung gereinigt oder desinfiziert worden.

Seitdem bin ich überzeugt, dafs eine grofse Anzahl derartiger Exantheme auf diese Weise zu stande kommen. Es sind das keine „Jodoformides", sondern „Jodohydrargyrides", oder noch richtiger: „Hydrargyrides", die durch Jodoform verursacht sind. Bestärkt wurde ich in dieser Ansicht noch durch die Beobachtung, dafs bei einzelnen Patienten, deren Hautgeschwüre mit Jodoform behandelt wurden, an entfernten Stellen plötzlich Quecksilberausschläge auftraten. Endlich kommen bei mir die Jodoformexantheme viel seltener vor, seitdem ich die Vorsicht beobachte, Jodoform nicht gleichzeitig mit Quecksilber zu verwenden.

Ich glaube mich daher zu dem Ausspruch berechtigt, dafs ein gröfserer Teil der Fälle von sogenanntem Jodoformexanthem dadurch zu stande kommt, dafs mit dem Jodoform gleichzeitig auch Quecksilberpräparate verwendet werden, und dafs diese Exantheme in Wahrheit Jod-Quecksilberexantheme sind. Man sehe sich daher wohl vor, beide Medikamente gleichzeitig beim selben Individuum oder gar an derselben Körperstelle in Gebrauch zu nehmen.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

1903. No. 5.

Über Mandelschlitzung bei einigen Fällen von langwieriger und rezidivierender Lues der Tonsillen, von Nicolai. (Schlufs.) In den Fällen, bei denen ein Kausalnexus zwischen der langen Dauer luetischer Tonsillaraffektionen und in den Lakunen vorhandenen Retentionsmassen besteht, ist die leicht ausführbare Schlitzung der Lakunen von bestem Erfolge. Nach Entleerung der retinierten Sekrete heilt die Affektion schnell, Rezidive bleiben aus.

No. 6.

Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Blokusewski. Verfasser, der bekanntlich zuerst in seinem Apparate „Samariter" ein Mittel zur Verhütung der Blennorrhoe angegeben hat, bespricht die vielen nachher gemachten Vorschläge. Er verwirft die Applikation aller salbenartigen oder gelatinösen Massen, acceptiert aber den Ersatz des Argentum nitricum durch Protargol oder Albargin. Seinen Apparat hat er so geändert, dafs er leicht nachgefüllt werden kann; er bezeichnet den neuen Apparat als „Samariter III" und hebt seine Brauchbarkeit im Vergleich zum „Phallakes" hervor. — An der Hand der Beobachtungen in der deutschen Marine zeigt Verfasser den prophylaktischen Wert dieser Schutzmafsregeln.

No. 7.

Zur Therapie des Ulcus molle, von MAX KIRSTEIN. An Stelle des Acid. carbol. liquef. empfiehlt Verfasser Jodtinktur zum Betupfen des Ulcus molle. Die Wirkung ist eine sehr gute.

Über blutiges Prostatasekret, von BERTHOLD GOLDBERG. Verfasser teilt fünf Fälle akuter Prostatitis und fünf Fälle chronischer Prostatitis mit, bei denen ein blutiges Sekret abgeschieden wurde. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Monatsberichte für Urologie.

VIII. Bd. 2. Heft.

Die Prostatitis und ihre Behandlung, von M. POROSZ. Nach ausführlichen Betrachtungen über die Bedeutung und die Symptome der Prostatitis führt Verfasser in klarer Weise aus, dafs die Muskulatur der Prostata eine viel gröfsere Beachtung verdiene, da Muskelstörungen in erster Reihe Quelle zahlreicher Beschwerden sind. Die Behandlung mittels faradischer Ströme ist deshalb besonders wertvoll, sie bewirkt auch die Entleerung des Sekretes und ist oft der Massage überlegen, zumal sie auch in akuten Fällen angewendet werden kann. — Zur Kombination des Faradisierens mit dem Rektalkühler gibt Verfasser ein Instrument an. Fabrikanten: Simon & Breuer in Budapest. Auf das Faradisieren folgt die Instillation ein ½—2%igen Lösung von Arg. nitric.

3. Heft.

Zur Kasuistik der akuten, parenchymatösen, blennorrhoischen Prostatitis, von ARTH. JORDAN. Fälle akut entstandener, blennorrhoischer Prostataabscesse werden mitgeteilt. Von Interesse ist, dafs zwei sich nach JANETschen Spülungen entwickelten.

Über das „Regurgitieren" aus der Urethra posterior, von B. ASAKURA. Die Frage des Regurgitierens des Harns resp. der Sekrete aus der Urethra posterior in die Blase fällt nicht zusammen mit der Frage der Trichterbildung. Man kann letztere leugnen und doch das Regurgitieren anerkennen, wie es JADASSOHN tut. Verfasser hat Versuche gemacht, um folgende Fragen zu beantworten: 1. Wie grofs ist die Flüssigkeitsmenge, welche eventuell in der Urethra posterior aufgehalten werden kann? 2. Besteht in Bezug auf das Regurgitieren ein Unterschied zwischen Suspensionen von corpuskulären Elementen und rein mäfsigen Lösungen? 3. Bestehen Differenzen, wenn man den Patienten gleich oder erst einige Zeit nach der Instillation in die Pars posterior urinieren läfst? 4. Wie verhalten sich die verschiedenen Urinportionen nach der Instillation in Bezug auf den Gehalt an dem Injektum?

Als Untersuchungsmethode wandte Verfasser Injektionen von Holzkohle, suspendiert in 5%iger Fenocyankaliumlösung, an, welche er mittels des ULZMANNschen Metallkatheters in die Pars posterior resp. anterior brachte. Vorher und nachher die nötigen Spülungen. Später urinierte der Patient in fünf Portionen. Das Ergebnis war, dafs auch sehr geringe Flüssigkeitsmengen aus der Urethra posterior in die Blase einliefen, die Kapazität der Urethra posterior eine kaum nennenswerte, ein Unterschied im Verhalten beim Vorhandensein corpuskulärer Elemente nicht festzustellen ist. Es spielen keine reflektorischen Muskelkontraktionen dabei mit, da auch nach Kokainisierung der hinteren Harnröhre die Masse in die Blase dringt. Ist ein schwereres Pulver als Kohle, etwa Zinnober, beigemengt, dann senkt sich dasselbe schneller und ausgiebiger in die Blase. Der geringste Druck genügt, damit die Flüssigkeit aus der Urethra posterior in die Blase dringt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band I, Heft 4 u. 5.

Die beiden vorliegenden Hefte enthalten ein reiches Material. Den Anfang machen zwei Eingaben der Gesellschaft an den Bundesrat und Reichstag beziehentlich an das preufsische Abgeordnetenhaus. Die erste Petition gibt die Ausführung eines auf der konstituierenden Versammlung der Gesellschaft in Berlin am 19. Oktober gefafsten Beschlusses wieder, laut dessen verschiedene Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes verlangt werden. Diese Eingabe ist nunmehr durch die Annahme der Krankenversicherungsnovelle überholt worden. Der Antrag lautete: „dafs die Bestimmungen, nach denen die Gemeindekrankenversicherungen und Ortskrankenkassen berechtigt sind, Mitgliedern, die sich eine Krankheit durch geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben, das statutengemäfse Krankengeld gar nicht oder nur teilweise zu gewähren, beseitigt werden". Die Begründungen sind im ersten Heft der Mitteilungen seinerzeit wiedergegeben worden, auch zur Genüge bekannt. Die zweite Notiz bildet die Wiedergabe einer Petition der Gesellschaft, betreffend den Entwurf eines Ausführungsgesetzes zum Reichsseuchengesetz. Der Antrag lautet: Das Hohe Haus wolle die ..... vorgesehene Anzeigepflicht von Syphilis, Tripper und Schanker bei Personen, welche gewerbsmäfsig Unzucht treiben, ausschliefslich den Polizeiärzten auferlegen und etwaigen Anträgen, welche eine weitere Ausdehnung der Anzeigepflicht bei Geschlechtskrankheiten befürworten, seine Zustimmung versagen, sofern es sich nicht um Anzeigen ohne Namensnennung zu lediglich statistischen Zwecken handelt. Die allgemeine Anzeigepflicht für venerische Leiden würde das Zutrauen zum Arzte noch mehr herabmindern, diese Kranken dem Kurpfuschertum in die Arme treiben, mit der ethisch so wichtigen Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses in Widerspruch stehen und aus den beiden ersten Gründen die Heilungsmöglichkeit und -Wahrscheinlichkeit herabsetzen. Auch wird der nicht beamtete Arzt kaum immer in der Lage sein festzustellen, ob eine Kranke Unzucht gewerbsmäfsig treibt oder nicht und ob dieselbe auch die Person ist, unter deren Personalien sie segelt.

Die dritte Notiz des vorliegenden Heftes bildet ein Bericht über den ersten Kongrefs der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Frankfurt am 9. und 10. März 1903. Die Verhandlungen desselben sind schon anderweit ausführlich besprochen worden.

Hierauf folgen die Berichte über die Sitzungen des engeren und erweiterten Ausschusses und der Hauptversammlung der Gesellschaft. Aus denselben verdient der Beschlufs besonderes Interesse, gemäfs dem Vorschlage Neubergers Belehrungskarten für Geschlechtskranke von Gesellschafts wegen herstellen und dieselben an die deutschen Ärzte, Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen zu verteilen. Auch wurde eine Umfrage unter den bestehenden Ortsgruppen der Gesellschaft angeregt, inwieweit eine Schädigung Geschlechtskranken durch die Kurpfuscher besteht.

Es folgen dann in dem vorliegenden Doppelheft Berichte aus den schon bestehenden Ortsgruppen Berlin, Stuttgart, Wiesbaden, München, Hamburg, Heidelberg, Königsberg, Bremen, Hannover, Görlitz, Mannheim, Nürnberg. Einiges aus denselben sei kurz mitgeteilt. Brentano-München berechnet, auf der Annahme fufsend, dafs täglich in Preufsen drei Menschen von Tausend venerisch krank sind, die Gesamtzahl der an einem Tage im deutschen Reiche geschlechtskranken Individuen auf 174000 (bei 56 Millionen Gesamtbevölkerung). Die höheren Berufe überwiegen dabei die

Arbeiterklassen, natürlich nur relativ. Absolut betrachtet gibt es mehr geschlechtskranke Angehörige der niederen Schichten als der besseren Klassen. Der Verlust, den das Reich durch Mindereinnahmen und Mehrausgaben der Geschlechtskranken erleidet, beträgt für den Tag 410000 Mark, für das ganze Jahr rund 150 Millionen Mark. Gruber-München bemerkt, daſs wir es absolut versäumen, unsere Jugend über die ungeheuren Gefahren des geschlechtlichen Lebens entsprechend aufzuklären und sie zu warnen. Vielmehr müssen unsere jugendlichen Kreise erst durch Schaden klug werden, und wenn sie erkrankt sind, büſsen sie auch noch die Verachtung der Gesellschaft, die ihnen die Heilung von ihren Krankheiten durch allerlei Vourteile und Beschränkungen soviel als möglich erschwert. „Mit diesem Verfahren müsse gebrochen werden."

Des weiteren finden sich unter „Tagesgeschichte" noch einige interessante Mitteilungen, so daſs man im Begriff ist, auch in Österreich eine Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu gründen. *Hopf-Dresden.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1903. Heft 3.

Die Lepra in Birma, von Emile Laurent. Wir erfahren aus der kleinen Arbeit, der zahlreiche Holzschnitte beigegeben sind, daſs in Birma ungefähr 30000 Lepröse leben. Aber weder die englische noch die einheimische Regierung kümmern sich bis jetzt um die Unglücklichen, die vielmehr meistens frei im Lande leben und die schreckliche Seuche immer weiter verbreiten. Nur katholische und evangelische Missionäre haben je einige Leprosorien errichtet. Von dem Bau und dem Innenleben einer solchen katholischen Leproserie entwirft der Verfasser eine Skizze.

Geschichte einer ehelichen Syphilis; Hirnsyphilis der Frau; Coma; Tod, von Henri Malherbe-Nantes. Bemerkenswert ist, daſs bei diesem ganz gesunden Ehepaar die Syphilis — der Mann hatte sie sich auſserehelich während einer vorübergehenden Trunkenheit zugezogen — mit einer ganz besonderen Heftigkeit und Hartnäckigkeit auftrat. Die 24jährige Frau, die in einem kurzen Zeitraum schon sehr schwere syphilitische Symptome gehabt hatte, ging nach einem kurzen rheumatischen Unwohlsein komatös zu Grunde. Eine andere Ursache für Coma und Tod, als Syphilis, lieſs sich nicht ermitteln. Sektion wurde nicht gemacht.

Bemerkungen über den Unterricht in Dermatologie und Syphilis. Erwiderung auf einen früheren Artikel von Ch. Audry, von Gaston-Paris. Dieser Aufsatz wendet sich gegen Audry, der dem dermatologischen Unterricht an den französischen Universitäten viele Mängel vorgeworfen hatte. Es handelt sich um innere französische Angelegenheiten, die für den deutschen Leser kaum von Interesse sein dürften. *Türkheim-Hamburg.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1903. Heft 1 und 2.

1. **Die Frage bezüglich der parasyphilitischen Affektionen. Heilbarkeit der Tabes und der progressiven Paralyse durch intensive Quecksilberbehandlung,** von L. E. Leredde. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Über das pathologisch-anatomische Charakteristikum der Syphilis,** von J. Renaut. R. weist, wie er es auch früher schon getan, darauf hin, daſs die Gummen keinen einheitlichen histologischen Typus besitzen, daſs vielmehr ihre Struktur in den verschiedenen Organen eine ganz verschiedene und von der histologischen Beschaffen-

heit der einzelnen Gewebe abhängige ist. Das pathologisch-anatomische Charakteristikum der Syphilis in allen ihren Stadien ist eine Veränderung der Intima der Gefäfse, speziell der Arterien. Die Veränderungen erstrecken sich am Anfang auf eine Menge kleiner Arterien und führen zum Auftreten der Roseola. Dann werden wichtigere Arterien in umschriebeneren Gebieten ergriffen, und es kommt infolgedessen zu circumskripteren, aber schwereren Erscheinungen. Die natürliche Folge der subakuten chronischen Endarteritis syphilitica ist ein sklerotischer Prozefs in den befallenen Geweben, und dieser Prozefs dauert selbstverständlich ebensolange an, wie die Endarteritis selbst. Eine Unterscheidung zwischen syphilitischen und parasyphilitischen Affektionen ist nicht gerechtfertigt; denn auch bei diesen handelt es sich stets und ausschliefslich um einen durch Endarteritis hervorgerufenen sklerotischen Prozefs. Die sklerotischen Herde können, wenn die Endarteritis aufgehört hat, durch Neubildung von Gefäfsen zum Verschwinden gebracht werden.

3. **Kursus der praktischen Therapie der Hautkrankheiten. Anwendung der reduzierenden Behandlungsmethode.** Verfasser ungenannt. In den beiden Aufsätzen, denen im vorigen, ersten Jahrgang der *Revue pratique* bereits neun Artikel über die praktische Therapie der Hautkrankheiten vorausgegangen sind, wird die Behandlung der Seborrhoe, der Akne vulgaris, Intertrigo, Psoriasis und Pityriasis rubra pilaris ausführlich besprochen. Die für den praktischen Arzt berechneten Artikel, die eine Aufzählung und kritische Würdigung aller zurzeit gebräuchlichen, von den verschiedenen Autoren empfohlenen Medikamente enthalten, bringen dem Dermatologen nichts Neues. *Götz-München.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Zur Behandlung der Blennorrhoe mit Protargolgelatine, von Benario-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 51.) Der Verfasser verwendet die Protargolgelatine, die bereits vielfach als Prophylakticum gegen Blennorrhoe gebraucht wird, nunmehr auch zur Behandlung des Trippers. Um die Anwendungsweise möglichst bequem zu gestalten, hat B. einen kleinen Apparat zusammengestellt, der unter dem Namen „Urosanol" in den Handel gebracht wird. Derselbe enthält Glasröhrchen, die mit 1-, 3- oder 5%iger Protargolgelatine gefüllt sind; durch Druck eines graduierten Holzstempels wird mittels einer Gummiolive oder eines kleinen, weichen Katheters die Gelatine aus den Röhrchen direkt in die Harnröhre gebracht. Der Katheter ist im Innern des hohlgebohrten Stempels in einer starren antiseptischen Lösung untergebracht. Dieser Lösung hat B. Adrenalin beigemischt; wenn der damit bestrichene Katheter drei bis vier Minuten in der Harnröhre liegen blieb, war eine deutliche Blässe der Schleimhaut wahrzunehmen. Welchen Einfluss das Adrenalin auf den blennorrhoischen Prozefs selbst hat, darüber kann B. noch kein Urteil abgeben. — Die Protargolgelatine löst sich in der Urthra in 1—1½ Minuten; da bei dem allmählichen Freiwerden des Protargols Schmerzempfindungen so gut wie ganz ausbleiben, kann man schon mit 1%iger Protargolgelatine beginnen, um dann rasch zu 3—5%iger überzugehen; bei subakuten und chronischen Fällen kann man von Anfang an 5%ige Gelatine verwenden. Die bakteriologische Prüfung hat ergeben, dafs die

Protargolgelatine den wässerigen Lösungen an baktericider Kraft nicht nachsteht. Sie hat vor diesen den Vorteil voraus, dafs sie in der injizierten Konzentration zur Einwirkung gelangt, während die wässerigen Lösungen durch den Hinzutritt von Serum und Sekreten verdünnt werden. Aufserdem ist anzunehmen, dafs ein an Gelatine gebundenes Medikament infolge der guten Resorbierbarkeit der Gelatine leicht in die Tiefe transportiert wird. — Die Resultate, die B. in 11 Fällen von akuter Blennorrhoe mit der Anwendung von Protargolgelatine erzielt hat, waren sehr befriedigende: die Gonokokken verschwanden nach drei bis fünf Tagen, nach drei bis fünf Wochen waren alle Krankheitserscheinungen beseitigt. Über gleich günstige Erfolge berichten andere Ärzte. *Götz-München.*

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Entwicklung des menschlischen Wollhaares, von Ph. Stöhr-Würzburg. (*Sits.-Ber. d. Physikal.-med. Ges. zu Würzburg* 1902.) St. schildert die Haarentwicklung in einzelnen Stadien, die künstlich getrennt sind und in Wirklichkeit ganz allmählich ineinander überleiten, er unterscheidet vier Stadien: 1. der Haarkeim, 2. der Haarzapfen, 3. der Bulbuszapfen, 4. das Scheidenhaar, und bespricht alle Stadien mit Beigabe guter erläuternder Abbildungen, indem er die Haarbildung der Tiere zum Vergleich heranzieht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Haut, ein Resorptionsorgan, von B. Rohden-Lippspringe. (*Dtsch. Mediz.-Ztg.* 1903. No. 28.) Verfasser empfiehlt als, nach seiner Ansicht, beste Salbengrundlage das Dermosapol, eine ätherisch-öligfettige desodorierte Komposition von emuliertem Lebertran, Wollfett, Perubalsam und Alkalien. Es wird schon unter geringem massierenden Einreiben von den Krypten der Hauttalgdrüsen aufgenommen, dabei reizt es die unverletzte Haut nie und wirkt gut und schnell.

Bernhard Schulze-Kiel.

Studien über die Beeinflussung der Hautgefäfse durch thermische Reize, von Ferd. Winkler. (*Sitzungsber. d. k. k. Akad. d. Wiss. in Wien. Mathem.-naturw. Klasse.* Bd. CXI. Abt. III. Juni 1902.) Ausgehend von dem Schulversuch, dafs die Ohrgefäfse eines Kaninchens sich erweitern, sobald ein Teil seines Körpers erwärmt wird, weist Verfasser an der Hand sehr zahlreicher, eingehender (im Original nachzulesender) Versuche nach, dafs diese Fernwirkung, die durch einen Reflexbogen vermittelt wird, der von den peripheren, temperaturempfindlichen Nerven durch das Rückenmark zum Gefäfszentrum geht, bei Zerstörung des Reflexbogens an irgend einer Stelle nicht ausbleibt, aber erst verzögert auftritt, und dafs diese verzögerte Fernwirkung dadurch zu stande kommt, dafs das an dem der Wärmewirkung ausgesetzten, aber durch Durchtrennung des Reflexbogens nicht empfindlichen Körperteile erwärmte Blut die Wärmeempfindung an einer anderen Körperstelle auslöst.

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Beobachtungen über das Verhalten der Hautgefäfse auf thermische Reize mit Hilfe des Onychographen, von Alois Kreidl. (*Wien. klin. Rundschau.* 1903. No. 1.) Die bisherigen Ergebnisse über die Frage, wo der thermische Reiz angreift in welcher Weise der Tonus der Hautgefäfse sich ändert, wie diese Änderungen sich erklären lassen, sind etwa folgende: Die thermischen Reize, welche die Haut treffen, enthalten eine lokale und eine Fernwirkung. Sie können die Sinnesnerven, die Gefäfsnerven, die Muskulatur oder die Nerven der Gefäfswände, oder das zirkulierende Blut zum Angriffspunkte nehmen.

Örtlich ruft Wärme nach kurzdauernder Verengerung Erweiterung, Kälte nach kurzdauernder Erweiterung Verengerung der Gefäfse hervor; excessive Reize beider

Art bewirken Erweiterung unter Lähmungserscheinungen. Diese Wirkungen entstehen durch direkte Beeinflussung der Blutgefäfse, es können dieselben aber auch indirekt durch Reflexe erzielt werden. Die Fernwirkungen sind die gleichen wie die lokalen; Reflex und Änderungen der Bluttemperaturen sprechen dabei mit. Das warme Blut reizt die Zentren der Gefäfsnerven. — Verfasser hat diese Fragen mittels onychographischer Methode nachgeprüft. Schwankungen des Blutgehaltes lassen sich an den Onychogrammen ablesen. Ein passender Apparat wird beschrieben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den physiologischen Jodgehalt der Zelle, von J. Justus-Ofen-Pest. (*Virchows Arch.* 170. Bd. 1902.) Es gelang dem Verfasser, das Jod in der Form von Thallojodid als gelben kleinsten Niederschlag in den Zellen mikroskopisch sichtbar zu machen. Es fand sich letzterer bei den mit Jod behandelten Kranken auch in der Umgebung der spezifischen Wucherungen, in normalen Zellen. Demnach war dieser Jodbefund kein Analogon zu der Ablagerung feinster Quecksilberpartikelchen in den Blutgefäfsen der syphilitischen Neubildungen und in deren Zellen selber. Entweder handelte es sich hier darum, dafs das Jod in alle Zellen dringt, oder dafs es physiologisch schon in denselben vorhanden ist. Nun wies Justus die Richtigkeit der letzteren Annahme durch Untersuchung der physiologischen Verhältnisse der Schilddrüse nach. Auf Grund seiner Beobachtungen stellt nun der Verfasser fest, dafs die Kerne der Endothelzellen der Follikel und die Kolloidmasse Jod enthalten, letztere in viel geringerem Umfang als erstere. Es sind aber nicht nur die Kerne der Endothelzellen, sondern alle Zellkerne der angelegten Schnitte jodhaltig. Bei weiterer Ausdehnung der Untersuchungen stellte sich dann heraus, dafs jeder Zellkern überhaupt Jodgehalt aufweist. Untersucht wurden noch Lymphdrüsen, Thymus, Milz, Nieren, Nebennieren und Hoden.

Hopf-Dresden.

Beitrag zur Physiologie der Schweifsdrüsen, von Simon Frédéricq. (*Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique.* 28. Sept. 1901.) Verfasser hat gefunden, dafs fein pulverisierte Weinsteinsäure wenige Minuten nach der Applikation auf eine Fufssohle eine reichliche Schweifssekretion hervorruft, die nur auf die Applikationsstelle beschränkt ist, mehrere Stunden dauern kann, aber schliefslich von einem Stadium der Erschöpfung, ja der Paralyse der Drüsen gefolgt ist. Dafs die Wirkung nicht auf reflektorischem Wege erfolgt, sondern eine direkte Reizung darstellt, geht aus der lokalen Beschränkung der Sekretion sowie dem Nachweis der bis in die unteren Epidermislagen eingedrungenen Säure hervor. Oxalsäure und Zitronensäure haben diese Wirkung nicht. Die therapeutische Wirkung der gerade als Antidroticum verwendeten Acid. tartaric. beruht nach Verfasser auf der dem Übermafs von Sekretion folgenden Paralyse.

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Untersuchungen über den menschlichen Schweifs, von L. Brieger und G. Disselhorst-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 10.) Aus dem im elektrischen Glühlichtbad gewonnenen Schweifs ermittelten die Verfassern bei einer gröfseren Zahl von Personen den Gefrierpunkt, den Kochsalzgehalt und das spezifische Gewicht des Schweifses. Es ergab sich, dafs sowohl der Gefrierpunkt als das spezifische Gewicht hauptsächlich vom Kochsalzgehalt abhängig sind. Mit steigendem Kochsalzgehalt wächst ziemlich regelmäfsig Δ und das spezifische Gewicht. Wird die durch den Kochsalzgehalt verursachte Gefrierpunktserniedrigung berücksichtigt und in Abrechnung gebracht, so werden die Schwankungen des verbleibenden Restes weit geringer. Wahrscheinlich ist demnach die individuelle Verschiedenheit des osmotischen Druckes des Schweifses hauptsächlich durch seinen wechselnden Gehalt an Kochsalz bedingt. — In den zuletzt ausgeschiedenen Schweifstropfen war die Gefrierpunktserniedrigung und der Kochsalzgehalt regelmäfsig gröfser als in den ersten Par-

tien. Bei Kranken (Nephritikern und Neurasthenikern) fand sich der Kochsalzgehalt gegen die Norm etwas erhöht. Bemerkenswert ist noch, dafs die durchschnittliche Gefrierpunktserniedrigung des Schweifses nahezu der des Blutes gleichkommt.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Mikroskopische Technik.

Über Ergebnisse der Nervenzellenfärbung in unfixiertem Zustande, von A. M. Luzatto-Padua. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 52.) Die Färbung des Nervensystems im frischen Zustande ist für die Kenntnis seiner mikrochemischen Eigenschaften unentbehrlich. Verfasser wandte die Technik der sogenannten vitalen von Rosin und Biberzeil für das Blut angegebenen Methode an, teilweise färbte er aber auch sehr kleine Stücke von Nervensystem mit konzentrierten Farbstofflösungen in physiologischer Kochsalzlösung für ½—24 Stunden und untersuchte kleine unter dem Deckglas zerquetschte Fragmente ohne Zusatz. Die Färbung wurde teilweise mit Methylenblau von Tolocidinblau vorgenommen, gröfstenteils aber mit Farbgemischen, unter welchen Pyronin-Methylgrün, Safranin-Methylgrün, Magentarot-Methylgrün, Triacid nach Ehrlich die besten Resultate ergaben. Mit einfachen Farbstoffen entsprach die Färbung ganz der im unfixierten Zustande, besonders waren die Nisslschen Granula gut zu sehen. Bei der Färbung mit Farbstoffgemischen konnten sehr deutlich gewisse Unterschiede zwischen Gliazellen einerseits und den verschiedenen Formen der Nervenzellen andererseits und dazu einige interessante Strukturbilder wahrgenommen werden. Die Gliazellen zeigten aufser einem nicht immer sichtbaren, schmalen, rötlichen Protoplasmasaum einen sehr deutlichen blaugrünen Kern. Die schönen Untersuchungen führten zu befriedigenden Resultaten und sind deutlich geschildert, doch eignen sie sich nicht zu einem kurzen Referate, welches nur Teile bringen könnte. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Hyalin und Bacillenhüllen im Rhinoskleromgewebe, von P. G. Unna-Hamburg. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1903. No. 5.) Die Hyalinzellen gehören ebenso mit zur Charakteristik des Rhinoskleroms wie die vom Verfasser als Schaumzellen bezeichneten Gebilde (Mikuliczsche Zellen). Diese letzteren entstehen bekanntlich nicht, wie man früher annahm, durch Invasion der Rhinosklerombacillen, sondern sie bildeten nur einen guten Nährboden für die Bacillen, während die hyalinen Zellen gar keine Beziehung zu den Bacillen haben. Die Hyalinzellen haben aber nicht nur tinktorielle, sondern auch morphologische und topographische Affinitäten zu den Schaumzellen, die bei den älteren Methoden der Hyalinfärbung eine genaue differentielle Diagnose nicht zuliefsen. Die besten Methoden blieben immer die folgenden (die basische, Hyalin färbende Farbe ist durch gesperrten Druck hervorgehoben):

Gentiana — Jod — Eosin
Hämatein — Safranin — Tannin
Wasserblau — Karbolfuchsin — Jod
Safranin — Wasserblau + Tannin,

d. h. Färbung mit einer basischen, nachfolgende Beizung und Gegenfärbung mit einer sauren Farbe. Dann kommen die Hyalinfärbungen mittels saurer Farben; am praktischten sind:

S. Orcein — pol. Methylenblau — n. Orcein
Säurefuchsin — wäser. Pikrinsäure — alkohol. Pikrinsäure.

Hyalin und Bacillenschleim in Kontrastfarben zeigt die Färbung mit polychromer Methylenblaulösung. Die übliche Entfärbung mit der Glycerin-Äther-Mischung gibt neben blauem Hyalin farblose Hüllen um die blauen Bacillen. Die bekannte Methylen-

blau (polychrom) neutr. Orcein-Methode zeigt graurötliches Hyalin neben blauen Bacillen in farbloser Hülle. Die polychrome Methylenblau-Tannin-Methode gibt dunkelviolettes Hyalin neben dunkelblauen Bacillen in hellblauer Hülle. Besser aber als alle diese schwachen Färbungen und ausgezeichnet durch den in Rede stehenden Kontrast wie durch die Tiefe der Färbung ist erstens

die polychromes Methylenblau — rot. Blutlaugensalz — s. Alkohol-Methode.

Sie bewirkt bewirkt beim Hyalin: eine prachtvolle, mathematisch genau abgezirkelte, dunkelviolette Bänderung, bei den Bacillen: eine einfache, rote Umsäumung; und da gleichzeitig das übrige Gewebe beinahe ganz entfärbt ist, treten die beiden differenten Gebilde nicht nur scharf, sondern auch in überraschender Menge auf.

Über das Verhältnis des Hyalins aber zu den Mutterzellen desselben, den Plasmazellen, gibt folgende Färbungsmethode Aufschluſs:

polychrom. Methylenblau — Alkohol + Xylol — Anilin + Alaun-Methode.

Sie zeigt das Hyalin dunkelblau, die Bacillen samt ihrer Hülle dunkelviolett, auſserdem sind Plasmazellen, Schaumzellen und Mastzellen rot gefärbt. Der Übergang des dunkelblauen, körnigen Granoplasmas in das homogene, blaue Hyalin innerhalb der Plasmazellen ist leicht zu verfolgen. Endlich läſst eine Färbung mit

polychromem Methylenblau + Safranin — Alkohol + Xylol — Anilin + Alaun

die Plasmazellen violett, die Mastzellen rot, Hyalin und Bacillenhüllen eigenartig rot gefärbt erscheinen (das erstere mehr gelblich-rosa, den Bacillenschleim mehr bräunlich rot), während die Bacillen als dunkelviolette Fäden deutlich hervortreten. Es ist auf diese Weise möglich, die Bacillenhüllen an in Alkohol gehärtetem Rhinosklerom-gewebe vereinzelt auſserhalb der Zellen und sogar gemischt mit hyalinem Detritus jederzeit als solche sicher zu erkennen, und ist die alte Frage nach ihrem Verhältnis zum Hyalin endgültig gelöst. Auch ist jetzt als geklärt anzusehen, daſs die Rhinosklerombacillen sowohl in den Lymphspalten und Lymphgefäſsen vorkommen (Alvarez), wie auch vielfach in charakteristischer Umhüllung in den Schaumzellen vegetieren; andererseits besitzen sie auch in den Lymphbahnen zum gröſsten Teil schön färbbare Kapseln. Ferner steht es nach U. jetzt fest, daſs die hydropischen Zellen sowohl aus Spindelzellen wie aus Plasmazellen hervorgehen, und daſs das Hyalin nur in Plasmazellen gebildet wird, und daſs, wo es sich bildet, in denselben Zellen keine Bacillen gefunden werden. Endlich beweisen nach U. die letztgenannten Färbungen die ungemeine Vielgestaltigkeit des Rhinosklerombacillus, abhängig von der Multiformität der verschleimten Hülle, vom feinsten, hüllenlosen Bacillus bis zu den wurstförmigen, dicken, verschleimten Kettenbacillen und bis zu den ungeformten, bacillenhaltigen Schleimmassen. Während man also früher aus dieser Vielgestaltigkeit auf eine Vielheit der Bakterien schloſs, muſs man dieselbe jetzt ansehen als eine Folge des eigenartigen Verschleimungsprozesses der Hülle eines einheitlichen Organismus.

Putzler-Danzig.

Die Schaumzellen. Zugleich ein Beitrag zur Histologie des Rhinoskleroms, von P. G. Unna-Hamburg. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1902. No. 102.) Unna will die seit der Mikuliczschen Arbeit als für das Rhinoskleromgewebe charakteristisch geltenden hydropischen, stark vergröſserten Zellen, die Verfasser jedoch im gewöhnlichen Granulationsgewebe wiederfand und damals als Korbzellen bezeichnete, und die er erst besser verstehen lernte durch das Studium der Bütschlischen Wabenlehre, als „Schaumzellen“ bezeichnet wissen, weil der Ausdruck allgemein verständlicher ist als das was Bütschli: „Wabenbau des Protoplasmas“ nennt. Diese Schaumzellen sind nicht charakteristisch für das Rhinosklerom, sondern sind vom Verfasser und seinen Schülern so ziemlich bei allen ödematösen Hautveränderungen nachgewiesen worden (z. B. sehr schön beim Milzbrandödem). Dieselbe Struktur zeigen die durch

Alkohol und Äther entfetteten Talgdrüsenzellen. Im Gegensatz nun zu dem anderen, amorphkörnigen Bestandteil der Bindegewebszellen, dem Granoplasma, welches in den Hohlräumen des Spongioplasmas sich befindet und deren Wände austapeziert, einem starken basophilen Paranukleoproteid, ist das Spongioplasma durch seine Schwerfärbbarkeit ausgezeichnet. Dadurch allein ist es zu erklären, dafs die Schaumzellen fast aller Ödeme und Granulome so schwer zu finden waren, und wo sie einmal ausnahmsweise auffallender waren, wie beim Rhinosklerom, als charakteristisch für diese Erkrankungen gelten konnten. Unna ist es nun gelungen, durch Kombinationen schon bekannter Färbemethoden, die Schaumzellen dadurch deutlicher hervortreten zu lassen, dafs er das Spongioplasma selbst stärker färbte. U. fand einerseits, dafs die bekannte saure Orceinlösung das Spongioplasma, ohne es erheblich anzufärben, doch derartig beizt, dafs eine nachfolgende Färbung mit polychromer Methylenblaulösung das Spongioplasma ungewöhnlich gut hervorhebt, besonders wenn man die Entfärbung mit neutraler Orceinlösung vornimmt. Eine andere Methode besteht ebenfalls in einer Umfärbung. U. färbt zunächst mit polychromer Methylenblaulösung, denn mit der modifizierten Pappenheimschen Methode (Karbol + Pyronin + Methylgrün-Mischung). U. fand mit diesen Methoden die Schaumzellen in grofser Zahl in allen Wundgranulationen ohne Narbengewebsbildung und viel leichter und viel reichlicher im Rhinoskleromgewebe. Damit änderte sich auch U.s Anschauung über die Pathogenese der Schaumzellen. Während früher sich die Ableitung der wenigen kugeligen Schaumzellen von den ebenfalls kugeligen Plasmazellen von selbst ergab, entstehen die zahlreichen grofsen und ganz multiform gestalteten Schaumzellen fraglos auf dem mehr direkten Wege der hydropischen Ausweitung des Spongioplasmas der Spindelzellen. Ferner fand U., dafs nicht nur die Wundgranulationen in ihren analogen, hydropischen Zellen einen allerdings atrophischen, aber gut färbbaren Kern aufwiesen, sondern es stellte sich bei der neuen Färbungsmethode heraus, dafs die Schaumzellen des Rhinoskleroms alle einen verkleinerten, gut färbbaren Kern enthalten, solange sie unversehrt sind. Schliefslich ist mit der neuen Färbung auch ein seit langer Zeit strittiger Punkt, das Verhältnis der Rhinosklerombacillen zu den Schaumzellen, geklärt worden. Während man früher nämlich aus der Lage der Bacillen in den Schaumzellen gefolgert hatte, dafs die Verschäumung der Zellen ein Symptom und die Folge der Bacilleneinwanderung sei, kommt U. nunmehr zu dem Schlufs, dafs die ausgebildete Schaumzelle fraglos einen guten Nährboden für den Rhinosklerombacillus bildet, aber nicht durch die Bacilleneinwanderung entsteht, das Verhältnis der Bacillen zu den Mikuliczschen Zellen denkt sich U. nach den vorliegenden Präparaten so, dafs die Bacillen sich in den Lymphspalten entwickeln; um diese ersten Bacillenansiedelungen findet dann eine gewaltige Plasmazellenbildung statt und eine hydropische Quellung der Spindel- und Plasmazellen. Durch diese Quellung wird wiederum die Bacillenentwicklung begünstigt, und das Hineingelangen der Bacillen in die Schaumzellen ist bei dem halbflüssigen Zustand und ihrer enormen Ausdehnungsfähigkeit leicht erklärlich. Schliefslich aber sind sie bei ihrer weichen Konsistenz unvermögend, die vergröfserte Bacillenkultur zu beherbergen und entleeren sie wieder in die durch sie selbst stark aufgetriebenen Lymphspalten.

Putzler-Danzig.

Bakteriologie.

Zur Kultivierung des Mikrosporon furfur und des Mikrosporon minutissimum, von H. Vömer-Leipzig. (*Centralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh.* 1902. XXXII. Bd.) Dem Verfasser ist es gelungen, sowohl das Mikrosporon

furfur aus den Schuppen der Pityriasis versicolor, was nach den bisher üblichen Methoden selten gelang, wie auch das Mikrosporon minutissimum aus den Schuppen des Erythrasma anzuzüchten und fortzukultivieren. Das Mikrosporon furfur liefs sich nicht anzüchten und fortkultivieren auf Lösungen einzelner Salze, von Zucker, Glycerin, ebenso Mischungen dieser Elemente; ebensowenig auf Stärkekleister, Sägespänen (durchfeuchtet), kurz, alle eiweifsfreien Nährsubstrate waren sowohl für Anzüchtung wie zur Fortkultivierung ungeeignet. Auch gelang ein Anzüchten des Mikrosporon furfur auf Kartoffeln, Rübenscheiben, Brot, Reisbrei, d. h. auf Nährböden, die eine gewisse Menge pflanzlichen Eiweifses enthalten, nicht, während sich diese Nährböden zum Fortzüchten gut eigneten. Ganz vorzüglich eignet sich jedoch zum Anzüchten und zum Fortkultivieren flüssiges, steriles Blutserum, dem zum Festmachen ein Teil 2—3%iges Wasseragar zugesetzt war.

Ähnlich verhielt sich das Mikrosporon minutissimum, von dem es Verfasser gelang, von vier Fällen, in denen in den Schuppen typische, reichliche Pilze ohne sichtbare Beimengungen mikroskopisch nachweisbar waren, nach dem Verfahren von Král den Pilz zu züchten, mikroskopisch in ungefärbten und gefärbten Präparaten nachzuweisen und endlich auch in drei Fällen die betreffende Erkrankung durch Überimpfung auf der menschlichen Haut zu erzeugen. Die Versuche, das Mikrosporon furfur und minutissimum auf Kaninchen und Mäuse zu überimpfen, mifslangen. Es gelang Verfasser auch, das Mikrosporon furfur aufser auf der menschlichen Haut in der Wäsche (Wollhemd) der betreffenden Individuen nachzuweisen. Verfasser nimmt an, dafs die Nachprüfung seiner Methode ergeben werde, dafs die Ansicht von der Nichtkultivierbarkeit dieser Pilze nunmehr fallen gelassen wird. *Putzler-Danzig.*

Hygiene.

Bemerkungen zu der II. internationalen Konferenz zur Verhütung der Syphilis und der venerischen Krankheiten in Brüssel, von Carl Stern-Düsseldorf. **Antwort auf den vorstehenden Artikel,** von A. Blaschko. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 43.) Stern wendet sich gegen einige von deutschen Vertretern der Konferenz gemachte Vorschläge, insbesondere gegen den von verschiedenen Seiten ausgegangenen Vorschlag der unentgeltlichen Behandlung Geschlechtskranker. Diese Forderung, meint St., bedeute eine Ausnahmestellung für die Geschlechtskranken; mit weit gröfserem Rechte könnte man die unentgeltliche Behandlung auf Staatskosten für viele andere Kranke, z. B. Scharlach- und Diphtheriekranke, fordern. Aufserdem würde der Zwang zur Krankenhausbehandlung zu sehr schweren Unzuträglichkeiten führen. Die Neisserschen Forderungen eines Verbots der Behandlung Geschlechtskranker durch nichtapprobierte Ärzte und einer Spezialapprobation für Syphilidologen wünscht Stern von den Beratungen auszuscheiden, da diese beiden Fragen nur im Zusammenhang mit der Gesamtmedizin gelöst werden können. — Da man von der Brüsseler Konferenz nicht mehr als Anregungen erwarten dürfe, eine Verständigung über gewisse grundlegende Fragen unter Berücksichtigung deutscher Verhältnisse aber wünschenswert sei, empfiehlt Stern die Berufung einer aus Medizinalbeamten, Krankenhausleitern und -Dezernenten sowie Spezialisten bestehenden deutschen Konferenz durch die Regierung. Diese Konferenz hätte sich zunächst mit folgenden Fragen zu beschäftigen:

1. Welche sanitären, ärztlichen Mafsnahmen sind zu treffen bei der Überwachung der Prostitution?

2. Welche Mittel und Wege sind vorhanden, um alle öffentlichen Krankenhäuser für die Behandlung Geschlechtskranker zu öffnen?

3. Alle beschränkenden Bestimmungen im Krankenkassengesetz etc. müssen aufgehoben werden.

In der Entgegnung weist Blaschko darauf hin, dafs die Forderung der unentgeltlichen Behandlung durchaus gerechtfertigt sei durch das eminente Interesse, das die Öffentlichkeit an der Krankenhausbehandlung Venerischer hätte. Von einem Zwange dürfe dabei natürlich nicht die Rede sein; die diesbezügliche Auffassung Sterns beruhe auf einem Mifsverständnis. Völlig übergangen hätte Stern die Ausführungen Blaschkos über das Krankenkassenwesen. Bl. verlangt bekanntlich möglichst breite Ausdehnung der obligatorischen Krankenversicherung: dadurch würde die unentgeltliche Behandlung Geschlechtskranker auf ein Minimum reduziert.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Die Gefahren des Geschlechtsverkehrs und der Geschlechtskrankheiten, von E. Hopf-Dresden. (*Reichs-Med.-Anzeig.* 1902. No. 24/25.) In kurzer, präciser Form schildert H. die Gefahren der Geschlechtskrankheiten für die Menschen und deren Nachkommen, indem er besonders die schweren Folgen der Syphilis und der leider vom Volk noch sehr leicht aufgefafsten Blennorrhoe mit ihren schwerwiegenden Komplikationen schildert. Dem Fachmann will H. nichts Neues bieten, sein Appell geht mehr an die ferner Stehenden und an die Regierung, die er ersucht, die Ärzte im Kampfe gegen die Gefahr dieses Jahrhunderts in sanitärer Beziehung zu unterstützen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, eine soziale Notwendigkeit, von Arnold Sack-Heidelberg. (Heidelberg, Otto Petters, 1903.) Der Verfasser schildert in der Form eines Vortrages in knapper, aber für den Laien genügend ausführlicher Weise Verbreitung und Bedeutung der Geschlechtskrankheiten und verweist darauf, dafs man endlich mit offenem Auge der drohenden Gefahr der sexuellen Verseuchung gegenübertreten mufs. Zum Schlufs kommt er zu den Kampfmitteln, die uns zur Abwehr auf diesem Gebiete zur Verfügung stehen. Es handelt sich um eine persönliche, soziale, staatliche und internationale Prophylaxe. Erstere beiden werden besonders behandelt, letztere nur gestreift.

Hopf-Dresden.

Über den Stand der Bewegung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Königreich Sachsen, von Hopf-Dresden. (*Hygien. Volksbl.* 1903. No. 5.) Behufs Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten empfiehlt das sächsische Medizinalkollegium eine tunlichst weitgehende Sorge für zeitige und sachgemäfse Behandlung der Kranken, besonders in Krankenhäusern, Verpflichtung der Krankenkassen, für ihre geschlechtskranken Mitglieder in gleicher Weise zu sorgen wie für andere Kranke, klinische Behandlung venerischer Prostituierter und der Prostitution Verdächtiger, Heranziehung der Landesversicherungsanstalten zur Tragung der Behandlungs- und Verpflegungskosten in Fällen, in denen die Kassenleistungen zeitlich nicht ausreichen, um eine geschlechtliche Krankheit zur völligen Heilung zu bringen, Unterdrückung der Prostitution Minderjähriger, spezielle Verweisung auf die Gefahren der geheimen Prostitution und möglichst gute Ausbildung der Ärzte auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten.

Götz-München.

Über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Eberhard Margulies-Kolberg. (*Die med. Woche.* 1903. No. 8.) M. betont, die einzig richtige Stellung, welche ein Staat der Prostitution gegenüber annehmen kann, ist die Überwachung derselben; es müssen sämtliche Prostituierten, welche venerisch erkranken, sofort einer zweckentsprechenden Behandlung unterzogen und bis zu ihrer vollkommenen Ausheilung ihrem Gewerbe ganz entzogen werden. Zur Aufdeckung der geheimen Prostitution müfsten besondere Beamte eingestellt werden, gut geschulte, taktvolle, ältere Leute. Die alte Prostituierte wird nicht so häufig untersucht zu werden

brauchen wie die junge; nach einmal überstandener Syphilis wird sie ja immun gegen weitere Infektionen mit dieser Krankheit. (Das läfst sich doch sehr entschieden anfechten, denn die Reinfectio luetica ist jetzt überall anerkannt. D. Ref.) Für die periodischen Untersuchungen der kontrollierten Prostituierten sind gut eingerichtete, helle Untersuchungsräume mit daran anstofsenden Vorzimmern zu schaffen, welche in grofsen Städten in gröfserer Anzahl an verschiedenen Punkten der Stadt sein müfsten. Bei den Untersuchungsärzten mufs spezialistische Ausbildung vorausgesetzt werden, auch dürfen sie nicht zu überbürdet sein, mehr als 40—50 Prostituierte dürften ihnen täglich nicht zugeführt werden, soll sich die Untersuchung doch auch auf eine mikroskopische Feststellung des Gonokokkenbefundes erstrecken. Bei dem zu erwartenden Seuchengesetz wird ja auch den Geschlechtskrankheiten gegenüber Stellung genommen werden müssen, und zwar nicht nur der Syphilis, sondern auch der Blennorrhoe gegenüber. Ebensosehr wie eine allgemeine Anzeigepflicht für diese beiden Krankheiten verderblich wäre, wünscht Verfasser eine gesetzliche Bestimmung, durch welche für das Kontrollsystem eine gesetzliche Grundlage geschaffen würde, besonders auch, um der Prostitution verdächtige Personen fassen zu können. Den Venerischen, Männern und Frauen, müfste unentgeltliche Behandlung und ebensolche Aufnahme in Krankenhäusern zu teil werden, die Laien sind über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten zu belehren und ihnen eventuelle Schutzmittel (Blokusewski, Frank) u. s. w. zu empfehlen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, speziell des Trippers, von Erich Schultze-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 45.) Verfasser empfiehlt das neuerdings unter dem Namen „Viro“ in den Handel gebrachte Tripperschutzmittel. Es enthält Protargol in salbenartiger Masse (Wasser, Glycerin und Gelatine) und ist in einer für einmaligen Gebrauch ausreichenden Menge in einem kleinen Zinntübchen mit abgerundetem Kopfstück, das eine feine Ausflufsöffnung hat, untergebracht. Die Einführung der Masse in die Harnröhrenmündung geschieht durch einfachen Druck auf die Tube; die ganze Prozedur kann in fünf Sekunden beendet sein. Jedem der kleinen Apparate ist eine Tube mit einer antiseptischen Crême, bestehend aus Seife, Wachs, Glycerin, Lanolin und 1%igem Formalin, beigefügt: sie soll dazu dienen, einer Infektion mit Ulcus molle- oder Syphilisgift vorzubeugen. Über praktische Erfahrungen mit der Protargolgelatine und der „Viro-Crême“ berichtet Verfasser nicht.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für den Beruf der Hebammen, von Reinhold Ledermann. (*Allg. Dtsch. Hebammen-Ztg.* 1903. No. 8.) L. prüft zuerst welche Bedeutung der Tripper für den Beruf der Hebammen hat; hier ist es hauptsächlich die Verhütung der Blennorrhoe der Augen bei Neugeborenen, die Aufgabe der Hebammen ist: auch müssen sie sich selbst vor Infektion der Augen schützen. Jedenfalls ist peinlichste Sauberkeit der sicherste Schutz. Weniger gefährlich ist der weiche Schanker, wenngleich auch er bisweilen auf die Hände übertragen werden kann. Die wichtigste Bedeutung für den Beruf der Hebammen hat die Syphilis, deren Symptome L. schildert, und deren Gefahr der Übertragung Verfasser an einigen Fällen erläutert. Um diese Infektionen der Hebammen zu verhüten, empfiehlt sich vor allem die Belehrung derselben; die Hebammen müssen über die äufseren Erscheinungen der Geschlechtskrankheiten während ihrer Ausbildungszeit genauer unterrichtet werden, und zwar in den Kliniken für Geschlechtskrankheiten. Ferner ist ihnen eine sorgfältige Pflege der Haut ihrer Hände dringend anzuempfehlen; bei allen entzündlichen Prozessen an Händen und Armen ist die Tätigkeit sofort einzustellen und ein Arzt zu Rate zu ziehen. Niemals untersuche die Hebamme mit wundem Finger und stets beschränke sie die innere Untersuchung auf das notwendigste Mafs, auch dünne

Gummihandschuhe, die leicht auskochbar sind, empfehlen sich bei Untersuchungen. Wenn die Syphilis der Kreifsenden dem Gatten oder ihr selbst bekannt ist, so sollten dieselben verpflichtet sein, die Hebammen davon in Kenntnis zu setzen, um ihr Gelegenheit zu geben, die nötigen Vorsichtsmafsregeln zu treffen. L. gibt dann noch weitere Anregungen zum Schutz resp. zur Behandlung und Versorgung eventuell in der Praxis erkrankter Hebammen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Körperverletzung durch Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten, von einem Juristen. (*Hygien. Volksbl.* 1903. No. 5.) Polemik gegen die Vorschläge Saalfelds, der womöglich in jedem Falle von vorsätzlicher oder fahrlässiger Übertragung einer Geschlechtskrankheit den Strafrichter angegangen, die bestehenden Strafbestimmungen verschärft und unter dem Titel „Körperverletzung durch Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten" neue eingefügt wissen will. Das ist vom juristischen Standpunkt aus absolut verwerflich und auch unausführbar. „Möge", so schliefst der Verfasser seine Ausführungen, „die ärztliche Wissenschaft auf anderen Wegen suchen, der geschlechtlichen Ansteckung zu begegnen . . . . Die Frage der geschlechtlichen Ansteckung hängt eng zusammen mit der Frage der Prostitution; die Frage der Beseitigung der Prostitution ist die Frage nach der Lösung der ganzen sogenannten sozialen Frage. Geht man von solchen Gedankengängen aus, so wird man das Rufen nach Polizei und Staatsanwalt nach Möglichkeit unterdrücken." *Götz-München.*

Über die Notwendigkeit einer vorbeugenden Haarpflege bei akuten Infektionskrankheiten, von Iwan Bloch. (*Die Krankenpflege.* 1901/02. Bd. I. Heft 9.) Als die Ursache des symptomatischen Haarausfalls bei akuten Infektionskrankheiten vermutet Verfasser die Wirkung giftiger Substanzen auf die Kopfhaut. Der in der Regel erfolgende Wiederersatz erweist sich nicht selten von geringer Dauer, da oft als Folge der Infektionskrankheit eine Seborrhoe zurückbleibt, an die sich eine typische Alopecia pityrodes anschliefst. Verfasser teilt eine entsprechende Beobachtung an einem Studenten mit, bei welchem die Erkrankung der Kopfhaut im Anschlufs an Scharlach erfolgte. Eine zweckmäfsige Behandlung der Kopfhaut während des Scharlachs hätte die Seborrhoe wohl verhütet und damit auch der Alopecie vorgebeugt. Bei allen akuten Infektionskrankheiten sollte daher grofser Wert auf die Pflege der Kopfhaut gelegt werden. Verfasser empfiehlt mindestens zweimal wöchentlich Seifenwaschung und nachfolgende Einfettung mit 1—2%iger Schwefel- oder Resorcinsalbe. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Die toxischen und autotoxischen Dermatosen, von S. Ehrmann. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1903. No. 1.) Die Lehre von den toxischen Dermatosen knüpfte nach Beseitigung der Humeralpathologie an die Nervenphysiologie an. Später erkannte man erst die selbständige Tätigkeit der Zelle und konnte vielfach die Vermittlung des Nervensystems entbehren. Die toxische Wirkung ist bei manchen Stoffen dieselbe bei äufserer und innerer Applikation; bei letzterer beeinflussen sie Blut- resp. Lymphgefäfse und so indirekt die Haut. — Häufig sind die Autointoxikationen vom Darm aus. Besonders ist es oft Pruritus an Oberschenkeln, Gluteal- und Genitalgegend. Viele solcher Patienten zeigen die Erscheinung des Autographismus. — Andere Leiden aller Art können toxische Dermatosen auslösen: Tuberkulose, Bandwurm etc. — Auch die Erytheme Hysterischer entstehen nicht durch Vermittlung des Nervensystems, denn meistens sind Verdauungsstörungen (Astipation, Meteorismus etc.) vorhanden. — Sklerodermie knüpft manchmal an autotoxische Erytheme.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Veränderungen an peripheren Nerven durch auf die Haut gebrachte toxische Substanzen. Eine gerichtlich-medizinische Studie, von D. J. McCarthy. (*Univ. of Pennsylv. Med. Bull.* März 1903.) Ein 55jähriger Mann war zwei Tage lang beschäftigt gewesen, mittels eines chemischen Präparates von geheim gehaltener Zusammensetzung (höchstwahrscheinlich Fluorwasserstoffsäure enthaltend) Platten zu ätzen. Wenige Tage darauf schwollen ihm Hände und Arme an, sie wurden schmerzhaft und anästhetisch, und weiterhin folgte eine atrophische Lähmung, die in den folgenden zwei Jahren stets zunahm. Die Klage auf Schadenersatz gab dem Verfasser Anlafs, experimentell an Kaninchen festzustellen, ob toxische Substanzen in genügender Menge in die Haut einzudringen vermögen, um degenerative Veränderungen an den peripheren Nerven hervorzurufen, ohne dafs jedoch dabei der Zusammenhang der oberflächlichen Gewebe zerstört wird. Für Formalin und schwache Lösungen von Fluorwasserstoffsäure glaubt Verfasser diese Möglichkeit durch seine Versuche erwiesen zu haben. *M. Levor-Frankfurt a. M.*

Bericht über 18 Fälle verschiedenartiger Hautausschläge in Verbindung mit Malariainfektion, von Martin F. Engman. (*Med. Bull. of Washingt. Univers.* Jan. 1902.) Verfasser hat in den letzten Jahren in allen Fällen akuter vasomotorischer oder nervöser Hautveränderungen das Blut auf Malariaplasmodien untersucht und so 18 Fälle gesammelt, über die er kurz berichtet und zusammenfassend sich wie folgt äufsert:

1. Es ist sehr wahrscheinlich, dafs gewisse Hauterkrankungen, wie Pruritus, Urticaria, Ödema angioneuroticum, Erythema multiforme, Pompholyx, Zoster, ekzematöse Ausschläge und Gangrän, durch die Malaria hervorgerufen werden können.

2. In solchen Fällen lassen sich gewöhnlich periodische Schwankungen in der Stärke der Eruptionserscheinungen erkennen.

3. Es können dabei ausgesprochene oder leichte konstitutionelle Störungen bestehen, doch kann der Hautausschlag auch ohne jedes sonstige Malariasymptom vorhanden sein.

4. Nephritis kann das Bild in schweren Fällen komplizieren und anscheinend die sichtbare Ursache der Hautveränderungen sein, während in Wirklichkeit die Malariaintoxikation der einzige ätiologische Faktor ist.

5. Ein Hautausschlag im Gefolge von Malaria heilt rasch unter spezifischer Behandlung. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Über die Bedingungen, welche den Charakter von Hautentzündungen beeinflussen, und ihre Bedeutung für die Therapie, von R. Crocker-London. (*Lancet.* 21. Febr., 7. März u. 21. März 1903.) Abgesehen von einer gewissen Variabilität den Mikrobien gegenüber noch im erwachsenen Lebensalter, kann man einen Unterschied konstatieren in der Wirkung, z. B. von Staphylococcus aureus und Streptococcus pyogenes, je nachdem dieselben Säuglinge, Kinder oder Erwachsene befallen, indem sie dann Blasen oder Vesikeln und Pusteln oder eine einfache Exkoriation erzeugen. Weitere Beispiele von Affektionen, welche bestimmte Lebensabschnitte bevorzugen, sind Furunkel, Karbunkel, Gangrän und Seborrhoe, welche näher besprochen werden. Andere Abschnitte berücksichtigen die Absorption von Toxinen, das Nervensystem, die Gravidität, den Einfluss der Jahreszeiten, Alkohol, medikamentöse Ausschläge und Gicht. In Bezug auf die Therapie ist zu bemerken, dafs C. von Arsenik nur einen sehr spärlichen Gebrauch macht, wenn er auch demselben eine direkt lokale Wirkung bei alten Psoriasisflecken zuschreibt, ohne es aber für ein Spezifikum gelten zu lassen. Ferner hat er es mit gutem Erfolg bei Lichen acuminatus und bei rekurrierenden Angioneurosen angewandt, doch bezeichnet er es immer als ein sehr leicht zu Enttäuschungen führendes Mittel. Bei einem grofsen Prozentsatz der Psoriatiker

werden die von C. zuerst in der dermatologischen Praxis empfohlenen Salicylpräparate gute Resultate liefern, sowie auch bei Lichen planus und Pityriasis rosea.

Thyreoidextrakt ist erst recht von unsicherem Erfolg, wenn es auch bei einzelnen Psoriasisfällen überraschend gut wirkt. Ferner werden besprochen die Wirkung von Ichthyol und Chinin, der Wert von subcutanen und intramuskulären Injektionen von Hg, von Arsenik, Thiosinamin und Natrium cacodylicum. — Im allgemeinen ist es schwer, dieser Vortragsserie in einem Referate gerecht zu werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Bestimmung der Schmerzempfindlichkeit der Haut mit dem Algesimeter, von R. v. Hoesslin-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 6.) Behufs genauer, zahlenmäfsiger Prüfung der Schmerzempfindlichkeit der Haut bei Hypalgesien hat H. ein Algesimeter konstruiert, bei dem die Tiefe gemessen wird, bis zu der die Nadel eingestochen werden mufs, um Schmerz zu erzeugen. Das Instrument, das von Katsch in München hergestellt wird, ist nach einhundertstel Millimeter eingeteilt, ist sehr einfach und leicht zu handhaben und gibt sehr genaue Resultate. H. hat mit diesem Algesimeter für einen grofsen Teil der Haut und Schleimhaut die absoluten Werte festgestellt, welche als Grenzwerte für das Auftreten der Schmerzempfindlichkeit gelten können; die betreffenden Zahlen sind ebenso wie die in einem Falle von Hypalgesie bei Tabes gefundenen Werte in Schemata eingetragen in der Arbeit mitgeteilt. Die Untersuchungen ergaben, dafs die Schmerzempfindlichkeit in keinem Verhältnis steht zu dem Tastgefühl der betreffenden Stelle. An Stellen mit dickem Weichteilpolster scheint die Schmerzempfindlichkeit im allgemeinen viel geringer zu sein als an Partien, an denen diese Schicht sehr dünn ist; die Dicke der Epidermis scheint keine grofse Bedeutung für die Algesie zu haben. Die Werte an den korrespondierenden Hautstellen verschiedener gesunder Individuen zeigen bei weitem keine so grofsen Differenzen wie die Werte an verschiedenen Hautstellen des gleichen Individuums. Die Schmerzempfindlichkeit der einzelnen Hautstellen bleibt sich bei Gesunden stets gleich; bei Kranken, die infolge einer organischen Erkrankung hypalgetisch sind, nimmt sie bei Besserung oder Verschlimmerung der Krankheit gleichmäfsig zu oder ab; grofse und rasche Schwankungen sprechen daher dafür, dafs nur funktionelle Störungen vorliegen, oder dafs die Veränderungen bei Schmerzempfindlichkeit simuliert werden. — Wie H. erst nachträglich in Erfahrung gebracht hat, hat schon 1894 Motschutkowsky ein Algesimeter angegeben, das im Prinzip mit dem des Verfassers vollständig übereinstimmt. Auch die von Motschutkowsky bei Gesunden gefundenen Werte decken sich fast vollständig mit den von H. gefundenen.

Götz-München.

Die Abhängigkeit der Hautaffektionen von Ernährungsstörungen, von Inge Dalton. (*New York med. Journ.* 1. Nov. 1902.) Verfasser, Professor für Dermatologie und Syphilis an der New Yorker Schule für klinische Medizin, hat schon vor drei Jahren seine merkwürdige Theorie, wonach alle äufseren Affektionen auf Störungen in der Magendarmfunktion zurückzuführen sind, proklamiert und erklärt, seitdem an über 11000 Patienten „phänomenale" Erfolge gehabt zu haben. Er hält für sehr wichtig täglichen Stuhlgang, Enthaltsamkeit von alkoholischen oder Malzgetränken, von jeder Art Süfsigkeiten, von Fleisch für wenigstens sechs Wochen (aufser Fisch und Eiern); grofse Mengen von Wasser, speziell vor dem Frühstück, sollen getrunken werden. Und nun kommt sein Universalmittel, Tabletten, welche folgende sechs Substanzen enthalten: Naphthalin (0,06) zur Darmantisepsis, Holzkohle (0,09), Ipecac. (0,03), Kalomel, Strychnin, Pilocarpin, ā 0,006; die Holzkohle soll neben ihren vorzüglichen antiseptischen Eigenschaften dazu dienen, die Zersetzungsprodukte in solche umzuwandeln, welche nicht schädlich für die Gewebe sind, das Quecksilber

(Kalomel), die Bakterien im Dünndarm zu zerstören, den Blutdruck herabzusetzen, die Verdauung zu befördern, Pilocarpin und Ipecac. die Schweiſs- und Lymphdrüsen zu beeinflussen, und das Strychnin soll tonisch auf die Vasomotoren und das ganze Nervensystem wirken. Der ganze Zweck dieser Mittel soll dahin gehen, die Umgebung der pathogenen Keime dadurch zu verändern, daſs ihre virulenten Eigenschaften vermindert werden. (Die Theorie klingt ja aufserordentlich einfach, ist aber kaum mit dem komplizierten Chemismus und Mechanismus unseres Körpers und mit jenem der Mikroorganismen vereinbar; auch klingen die „phänomenalen" Erfolge etwas — amerikanisch. Ref.) *Stern-München.*

Klinischer und histologischer Beitrag zum Studium einiger neoplastischer Formen der Haut zweifelhafter Natur, von Chirivino. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1902. No. 19.) Bei einem 26jährigen Mädchen hatten sich innerhalb drei Monaten neben einem fötuskopfgroſsen, schwammartigen, vegetierenden Tumor von unregelmäſsiger Oberfläche und dunkelroter Farbe am linken Unterschenkel eine Reihe anderer, kleinerer, über die Gliedmaſsen und den Rumpf verbreiteter Geschwülste entwickelt. Aufser in der Inguinalgegend, wo einige kleine Drüsen zu fühlen waren, zeigte sich das Lymphdrüsensystem unberührt. Milz, Leber und die anderen inneren Organe normal; Hämoglobingehalt vermindert; Verhältnis der weiſsen Blutkörperchen zu den roten 1 : 388. Exitus im Coma. Histologisch stimmte der Befund mit demjenigen bei der Mykosis fungoides überein: Vorhandensein zweier Arten von Zellen (embryonaler und Bindegewebszellen), eines Retikulums, Dilatation der Gefäſse, welche mit einer eigenen Wandung versehen waren, geringe Infiltration der subepidermalen Zone. Die Diagnose eines Sarkoms muſste somit ausgeschlossen werden. Vom rein klinischen Standpunkte aus war der Fall nicht leicht zu klassifizieren. Verfasser nimmt deshalb an, daſs es Hautproduktionen gibt, welche Tumoren gleichen, denen weder sichtbare Läsionen noch subjektive Beschwerden vorausgehen, welche zuweilen einen beträchtlichen Umfang annehmen können, zuweilen spontan vollständig verschwinden, umschrieben und wenig zahlreich bleiben, sowie rasch und unvermeidlich zum Tode führen. In Anbetracht ihres klinischen und histologischen Verhaltens müssen sie von den Sarkomen losgetrennt und als eine Varietät der Mykosis Alibert, als eine Mykose „d'emblée" der Franzosen betrachtet werden. Trotz ihrer mikroskopischen Ähnlichkeit mit den adenoiden Geweben möchten wir sie lieber als Hautgranulomatose auffassen, deren Ursache vorläufig noch unbekannt ist. Wahrscheinlich wird man sie eines Tages als chronische Infektionskrankheit neben die Tuberkulose, Lues und Lepra reihen.

C. Müller-Genf.

Zur Kenntnis der lokalen Veränderungen nach intramuskulären Injektionen von Hydrargyrum salicylicum, von C. Pezzoli. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 51.) Verfasser konnte die Glutäalmuskulatur eines Mannes untersuchen, dem 16 Tage vor seinem Tode die letzte Injektion von Hydrargyrum salicylicum gemacht war. Im ganzen hatte er neun Injektionen erhalten. Man fand mikroskopisch Hohlräume, meistens mit zelligem Belag; die Zellen zeigten den Charakter von Endothelien oder Fremdkörperriesenzellen. Es sind dieses jedenfalls erweiterte Lymphräume, wahrscheinlich das Paraffin. liquid. enthaltend. Zum Teil fand man auch noch einen Inhalt, der sich mit Osmium schwärzte, aber wohl doch kein Fett war. Die Muskulatur zeigte entzündliche Veränderungen und wachsige Degeneration, also Nekrose. Die injizierte Masse zerstört mechanisch die Muskelfasern, regt Entzündung an, wird in die Lymphspalten getrieben, Hohlräume erzeugend. Ringsumher entwickelt rich eine schleichende Entzündung. Proliferierendes Bindegewebe ersetzt die atrophiesende Muskulatur. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Zellenbildung bei der Entzündung, mit besonderer Beziehung auf die Plasmazellen, von Foà. (Königl. Akademie der Wissenschaften, Turin, 1902.) Diese neue Arbeit schliefst sich an eine frühere des Verfassers über die Wirkung des Nebennierenextraktes auf verschiedene tierische Organe an. Diese Wirkung besteht je nach der Konzentration des Saftes in einer Nekrose, Entzündung oder Hyperplasie der Gewebselemente, mit denen die Substanz, welche weiter nichts ist als das Nukleoproteid der Zellenelemente, in direkte Berührung gekommen ist. Verfasser hat nun seine Experimente fortgesetzt und hat gefunden, dafs bei der Resorption der nekrotischen Herde zunächst eine Proliferation der bereits vorhandenen Elemente eintritt, darauf folgt eine Infiltratien polymorpher Leukocyten, die an der Bildung des Bindegewebes nicht teilnehmen, und erst in den vorgerückteren Stadien des Prozesses findet man Plasmazellen. Verfasser ist der Ansicht, dafs der Ursprung der Plasmazellen ein „histogenetischer" sei; er nimmt an, dafs im retikulären sowohl als im fibrillären Bindegewebe zwei Arten von Elementen vorkommen; die Fibroblasten und kleine, runde Elemente, welche wie Lymphocyten aussehen und im Ruhezustand einen runden Kern mit nur wenig Protoplasma bilden. Unter der Wirkung eines gewissen Reizes nimmt die Menge des vorherrschend basophilen Protoplasmas in den kleinen, runden Elementen zu, und diese letzteren werden zu Plasmazellen umgebildet. Diese Plasmazellen vermehren sich langsam und selten durch Kariokinese, weshalb sie erst spät auftreten und sich an der Stelle anhäufen, wo sie sich gebildet haben, besonders in der Nähe der Blutgefäfse und der Gallengänge. Nach seiner Ansicht stammen die Plasmazellen weder von den Blutelementen ab noch von den fixen Bindegewebszellen, sondern sie bilden Zellen sui generis, die neben den fixen Zellen existieren, aber seltener sind als die letzteren. Eine phagocytäre Wirkung üben sie nicht aus und niemals findet man Einschlüsse in denselben. Das Vorherrschen derartiger Elemente zeigt an, dafs es sich um einen chronischen Prozefs handelt. Von ihnen entstehen durch Proliferation oder häufiger durch Degeneration des Protoplasmas (Unna) die kleinen Elemente der kleinzelligen Infiltration bei den langsamen Entzündungsprozessen.

C. Müller-Genf.

Eine neue Methode zur Bestimmung der Resistenz der roten Blutkörperchen, von Buffa. (*Archiv. per le Scienze med.* Bd. XXV. No. 10.) Die Methode beruht auf dem Prinzipe der Elektrolyse einer Lösung von Blut in physiologischer Flüssigkeit, mittels eines von dem Verfasser erfundenen Apparates. Als Resistenzgrenze unter normalen Verhältnissen hat er einen Zeitraum von drei Minuten gefunden bei Anwendung einer Stromstärke von 4,5 Milliampères auf 2 ccm Blutlösung.

C. Müller-Genf.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Aus Mercks Index 1902.

Aluminium aceto-tartaticum sicc. solubile. Konzentrierte Lösung gegen Frostbeulen und Balanitis. Verdünnte 1—3 %ige, statt Liq. Aluminii acet. und Liq. Burowi.

Aluminium-Kalium sulphophenil. techn. In 5—20%iger Lösung gegen indolente Geschwüre.

Arsenicum jodatum cryst. pur. 0,001—0,004 mehrmals täglich in Pillen; 1—10 Tropfen einer 1 %igen Lösung ein- bis zweimal täglich steigend. (Hautkrankheiten.) Innerlich ferner: Arsen. jod. 0,1, Hydrarg. bijod. 0,2, Kalium jod. 2,0, Aq. 60,0.

Aurum Natrium chloratum. 0,0025—0,01 bei Syphilis, progressiver Paralyse syphilitischen Ursprungs.

Bismuthum gallicum als Streupulver und in 10—20%igen Salben bei Wunden, Verbrennungen, Ekzemen, Herpes, Geschwüren.

Cocainum lacticum. Cocain. lact. 0,1, Acid. lact., Aq. destill. ā 0,5, bei tuberkulöser Cystitis unter Schmerzen zu injizieren.

Formanilid zur Anästhesie der Harnröhre 2—3%ige Lösung.

Kalium hydricum pur. alcoh. depur. zum Zerstören von Warzen, bei brandigem Gewebe.

Loretin-Wismut. Austrockendes Mittel bei nässenden Eruptionen als Streupulver oder Salbe (1 : 15).

Saliformin. Harnsäure lösendes und antiseptisches Mittel gegen Cystolithiasis und bakterielle Erkrankungen der Harnwege.

Sulfur jodatum puriss. Bei chronischem Hautleiden innerlich 0,03—0,1 mehrere Male täglich. *A. Strauß-Barmen.*

Über Hautpflege und Badewesen, von Hopf-Dresden. (*Blätter f. Gesundheitspfl.* 1902. No. 19.) Hopf weist erneut ausdrücklich auf die Wichtigkeit und den hygienischen Wert der Hautpflege durch Waschungen mit Wasser und Seife hin und führt des weiteren aus, daß die gründlichste Waschung nicht das Ideal der Reinigung und Erfrischung des Körpers ersetzen kann — das Bad. Sodann beweist Verfasser ziffernmäßig, daß wir in Bezug auf das Badewesen bedeutend niedriger stehen als das Mittelalter. Es gibt in ganz Deutschland 2918 Warmbäder, also auf ungefähr je 18000 Einwohner eins. Erst auf 200000 Einwohner kommen ein Schwimmbassin, 74 Badewannen, 28 Brausezellen. Von je 1000 Einwohner wohnen 370 in Orten mit öffentlichen Bädern, 630 in Orten ohne solche. In 711 Orten mit über 3000 Einwohnern fehlen öffentliche Warmbäder. Wollte man, wie es im Mittelalter der Fall war, auf jeden Einwohner wöchentlich ein Bad rechnen, so würde man — auf 1000 Einwohner eine Badeanstalt gerechnet — in Deutschland 52000 Warmbadeanstalten brauchen; wir haben aber nur etwa den 18. Teil davon. Schuld an diesem Rückgang des Badewesens sind 1. Abnahme des Badebedürfnisses für Warmbäder, 2. die Höhe des Preises dafür.

Um diesem Übelstande abzuhelfen, empfiehlt H. einmal, im Publikum die Neigung zum Baden und zur rationellen Hautpflege zu fördern und zu heben, zweitens (und das ist wohl das Punctum saliens. D. Ref.) die Verbilligung der Badegelegenheit zu erstreben. Verfasser empfiehlt als Bad der Zukunft, das Brausebad, d. h. das Bad für 0,10 Mark, das hygienisch wie finanziell alle anderen Bäder übertrifft. Lassar ist es gewesen, der gerade auf diesem Gebiete bahnbrechend gewirkt hat, und der seinerzeit durch die Herstellung eines Brausebades in der hygienischen Ausstellung zu Berlin, das von 10000 Personen (das Bad für 10 Pfennig inkl. Seife und Handtuch) benutzt wurde, demselben eine so bedeutende Verbreitung geschafft hat. Errichtung dieser Brausebäder in allen Orten und in diesen Orten wieder an möglichst vielen Stellen wird zweifelsohne sehr zur Hebung des Badewesens im Volke beitragen.

Putzler-Danzig.

Balneotherapie in der Dermatologie, von Marschalkó. (*Magyar orvosok lapja.* 1902. No. 23 u. 24.) Die Balneotherapie der Hautkrankheiten ist noch in vielen Kreisen, selbst in denen von Fachmännern, eine verpönte, und auch noch heute ist die Ansicht eine stark verbreitete, daß das Wasser bei den meisten Hautkrankheiten eine direkt schädliche Wirkung hat. Diese Ansicht wurde hauptsächlich von den älteren Autoren als autoritative eingebürgert, trotzdem dieselbe keine wissenschaftliche Basis hat. Ein Teil der jüngeren Generation, hauptsächlich in Deutsch-

land und Frankreich, geht vom entgegengesetzten Standpunkte aus, dem sich auch Verfasser anschliefst. Die Wirkung des Bades manifestiert sich hauptsächlich bei jenen Hautkrankheiten, welche von äufseren Ursachen hervorgerufen wurden. Das Wasser bietet in diesen Fällen eine schützende Schichte, ist Schmerz stillend, ist demnächst das geeigneteste Element, die auf der Haut sich angesammelten pathologischen Produkte und Krankheitserreger zu eliminieren. Wenn nun viele vom Wasser eine schädliche Wirkung beobachtet haben, so liegt dieses vielmehr daran, dafs dieselben die Balneotherapie schlecht und planlos anwenden. Die gute Wirkung des Bades auf die Haut hält in der Regel nur so lange an, so lange der Kranke noch im Wasser sitzt. Wenn der Kranke nun dasselbe verläfst, können schädliche Nachwirkungen eintreten, die Haut kann rauh, trocken, hart und rissig werden, infolge der Wasserverdampfung, fettarm infolge der Auslaugung. Diese schädliche Nebenwirkung mufs nun dadurch vermieden werden, dafs man die Haut unmittelbar darauf mit den geeigneten Mitteln behandelt, entweder durch mehrere Stunden anhaltende Bettruhe, oder der Hautkrankheit entsprechenden kalmierenden oder antiseptischen Deckmitteln, Salben oder Puder. Wenn diese Vorsichtsmafsregeln angewendet werden, so haben die Bäder selbst bei den akut entzündlichen Hautkrankheiten in der Regel einen guten Erfolg aufzuweisen. Es ist daher vor allem wichtig, dafs man nach bestimmten Indikationen verfährt und individualisiert. Die Bäderbehandlung wirkt am geeignetesten, hauptsächlich bei den chronischen Ekzemen, Prurigo, Lichen ruber, Psoriasis, Ichthyosis, Pruritus, Urticaria und Erythemen, bei Akne und bei verschiedenen Formen der Follikulitiden, bei den Pyodermien (Impetigo, Ecthyma und hauptsächlich Furunkulose), gewissen Fällen von Hauttuberkulose, Pemphigus chronicus, nach ausgebreiteten Verbrennungen zurückbleibenden granulierenden Flächen. Schliefslich ist es noch von Wichtigkeit zu beachten, dafs die Badekuren alleine, so wie wir es bei Erkrankungen anderer Organe sehen, auch bei den Hautkrankheiten nicht genügen; es ist auch unerläfslich, dafs der Badearzt, der die Kur leitet, auch in der Dermatologie und Dermatotherapie die notwendige Vertrautheit besitzt, sonst mufs die Kur, zum Nachteile des Badeortes, in den meisten Fällen mifslingen.

A. Alpár-Alexandria.

Die X-Strahlen als therapeutisches Mittel, von A. V. L. Brokaw-St. Louis. (*St. Louis Courier*. Novbr. 1902.) Br. glaubt, dafs die Röntgenstrahlen als therapeutisches Mittel erst in der Kindheit stecken und noch viel zu erwarten ist, wenn die Technik der Anwendung vervollkommnet und die Apparate noch weitere Verbesserungen erfahren werden. Dennoch hat Br. im Verlaufe der sechs Jahre, in welchen er sich nun schon mit diesem Zweige der Medizin beschäftigt hat, schöne Erfolge erzielt. So führt er einen Fall von beiderseitigem Brustkrebs an, bei welchem nach 33 Sitzungen die Geschwürsflächen abgeheilt und alle Knoten, welche zahlreich über die ganze vordere Brusthälfte verteilt waren, verschwunden sind. (Durch vier Abbildungen illustriert.) Weitere geheilte Fälle (ebenfalls vom Beginne bis zum Ende der Behandlung durch instruktive Abbildungen illustriert) betrafen ein infiltrierendes Carcinom der Wange und des Unterkiefers, ein Ulcus rodens auf der Stirne, welches nach elf Sitzungen mit drei- bis viertägigen Zwischenräumen zur Heilung kam, einen Fall von Lupus, welcher vorher verschiedentlich behandelt worden war und nach 14 Sitzungen ausheilte, ein kleines Epitheliom der Nase (elf Sitzungen). In den allgemeinen Betrachtungen, welche Br. an die Beschreibung seiner Fälle anschliefst, gibt er den eindringlichen Rat, sich nur die besten Apparate, welche überhaupt erhältlich sind, zur therapeutischen Verwendung der Röntgenstrahlen anzuschaffen und womöglich immer nur Röhren, welche unter hohem Druck luftleer gemacht worden sind, zu verwenden; mit jenen unter niederem Druck luftleer gemachten, würde die

Behandlung eine viel längere Zeit in Anspruch nehmen. Br. ist überzeugt, dafs die X-Strahlen bei allen inoperabeln Fällen angezeigt sind, und man bald allgemein zu dieser Ansicht kommen wird, dafs es von grofsem Vorteile ist, alle Patienten nach Krebsoperationen, besonders nach jedem Brustkrebs, gleichsam prophylaktisch mit Röntgenstrahlen zu behandeln. Eine gewisse Idiosynkrasie gegen dieselben, an welche stets zu denken ist, beobachtete Br. bei älteren Leuten mit Gefäfserkrankungen, bei chronischem Rheumatismus und manchen Alkoholikern. Bestimmte Gesetze bezüglich der Expositionszeit und der Entfernung der Röhre von der Körperoberfläche können nicht angegeben werden, jeder Fall mufs für sich selbst entscheiden. Als Resumé seiner Erfahrungen führt Br. an, dafs die Behandlung innerer Organgeschwülste mit X-Strahlen noch im Versuchsstadium steht, dafs hingegen in jedem Falle von Frühstadium bei Hautepitheliom, Carcinom, Ulcus rodens sowohl wie bei Lupus auf Heilung durch diese Therapie sicher gerechnet werden kann. *Stern-München.*

Bericht über Radiotherapie, von Thos. L. Butler-Louisville. (*Louisville Journ.* Dez. 1902.) Verfasser hat die X-Strahlen bei Carcinom, Lupus, Sarkom, Psoriasis u. a. mit wechselndem Erfolge gebraucht und faſst seine Erfahrungen in folgenden Regeln zusammen: Betrachte die X-Strahlen nicht als Allheilmittel. Schliefse bei ihrer Anwendung nicht andere chirurgische Methoden aus; durch Kombination beider werden oft bessere Resultate erreicht. Wo operativ eingegriffen worden ist, warte nicht ab, bis Rezidive da sind, sondern beginne, wo es angängig ist, gleich darauf mit der Bestrahlung. Bei externen Carcinomen versuche nicht erst alle anderen Methoden, ehe du dich zur Röntgenbehandlung entschliefst. Diese verspricht bei der Mehrzahl der externen Epitheliome, bei Lupus und allen Rezidiven nach Mamma-Amputation mehr als jede andere Therapie. *Levor-Frankfurt a. M.*

Die Behandlung der Hautkrankheiten mittels Röntgenstrahlen, Sammelreferat von A. Gassmann-Leukerbad (Wallis). (*Fortschr. d. Med.* 1902. No. 1.) Anschliefsend an einen kurzen Überblick über die wichtigeren Arbeiten gibt Verfasser seine eigene Ansicht dahin ab, dafs bei genügender Sachkenntnis schwerere Schädigungen jetzt wohl zu vermeiden sind. Beim Lupus gibt er der eine mäfsige erythematöse Reaktion anstrebenden Methode den Vorzug vor dem Verfahren, das bis zur Schorferzeugung geht, und dem, das jede Reaktion überhaupt vermeiden will; Kombination mit anderen Behandlungsarten ist sehr zu empfehlen. Als Epilationsmittel haben sich die Röntgenstrahlen wohl definitiv eingebürgert; bei der Dosierung ist zu unterscheiden, ob die Epilation eine dauernde (Hypertrichosis) oder eine vorübergehende (Favus, Sykosis) sein soll. Die Versuche bei anderen Hautleiden bedürfen noch der Vervollständigung. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Die Anwendung des Lichts als Heilmittel (speziell die Finsensche Lichtbehandlung), von E. Jacobi-Freiburg. (*Ärztl. Mitteil. a. u. f. Baden.* 1902. No. 15 u. ff.) Verfasser warnt vor den Nachahmungen des Finsenschen Apparates, mit denen man nur Enttäuschungen erlebe. Er schätzt die Zahl der Lupuskranken im badischen Lande auf mindestens 700 bis 800 und freut sich, dafs denselben durch Aufstellung einer Finsen-Lampe in Freiburg jetzt Gelegenheit gegeben ist, von dieser Behandlung zu profitieren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Lichtbehandlung nach Finsen mit der „Dermo"-Lampe, von Duhot. (*Ann. policlin. centr.* 1902. No. 5.) Beschreibung der „Dermo"-Lampe.
A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 37. No. 2. 15. Juli 1903.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Über eigentümliche Geschwulstbildung in einer Tätowierungsmarke.[1]

Von

Dr. J. Ullmann,
Assistent.

Der Fall, über den ich in den nachstehenden Zeilen genaueren Bericht erstatten möchte, beansprucht grofses Interesse wegen der merkwürdigen Veränderungen, die sich im Anschluſs an eine Tätowierung eingestellt hatten. Es handelte sich um einen 19jährigen völlig gesunden Menschen von äuſserst kräftiger Konstitution, einen Schlachtergesellen, der sich vor 1½ Jahren am rechten Oberarm hatte tätowieren lassen. — Ich verdanke diesen Fall der Güte des Herrn Dr. Kulenkamp in Wandsbek. — Das Tätowierungsbild stellte ein Lamm dar, umgeben von einem Blumen- und Guirlandengewinde, in das auſserdem noch das Monogramm E A eingetragen war. In dem Bilde wechselte die rote mit der blauen Farbe ab. Die Tätowierung war in der Weise gemacht worden, daſs ein Komplex von fünf bis sechs Nadeln in die Haut eingeführt wurde, nachdem vorher die Konturen des auszuführenden Bildes auf der Haut vorgezeichnet waren. Die Nadeln waren vor ihrer Einführung in die Haut abwechselnd mit einer schwarz-blauen und mit einer roten Farbstoffmischung getränkt worden. Als Färbemittel dienen zur Herstellung der schwarz-blauen Farbe gewöhnlich chinesische Tusche, Lampenruſs, Schieſspulver, Indigo, zur Erzeugung der roten Farbe wird Zinnober benutzt. Nach der Tätowierung waren bei dem Patienten leicht entzündliche Erscheinungen, etwas Rötung und Schwellung aufgetreten, die nach einigen Tagen verschwanden, worauf das in die Haut gegrabene Bild in seiner ganzen Schönheit zum Vorschein kam. Der Patient hatte seine Freude an den schönen Figuren, bis vor etwa zwei Monaten unangenehme Sensationen im Gebiete derselben

[1] Nach einer Demonstration in der biologischen Abteilung des ärztlichen Vereins zu Hamburg am 10. Januar 1903.

auftraten. Er bemerkte, dafs die rot gefärbten Partien anschwollen, sie wurden schmerzhaft und auf Druck sehr empfindlich. Es traten, was besonders auffällig war, nur innerhalb der rot gefärbten Partien Hervorwölbungen auf, die den Eindruck von geschwulstartigen Bildungen machten. Die blau gefärbten Partien blieben vollkommen intakt. Es entstand also das Bild einer zierlichen Hautaffektion, indem die blauen Stellen gänzlich unverändert blieben und im Niveau der gesunden Haut lagen, während die rot gefärbten Partien geschwulstartig hervortraten.

Einige der erhabenen Stellen wurden mit dem Rasiermesser flach abgetragen und zur mikroskopischen Untersuchung verwandt. Über das Ganze wurde Quecksilberkarbolpflastermull und ein fester Verband gelegt. Der Effekt der eingeschlagenen Therapie äufserte sich dadurch, dafs die Hervorragungen schon nach kurzer Zeit erheblich abgeflacht waren.

Einen Fall wie diesen, wo innerhalb eines blau und rot gefärbten Tätowierungsbildes sich nur die rot gefärbten Partien so auffallend veränderten, habe ich in der mir zugänglichen Literatur nicht finden können. Wohl ist bekannt, dafs sich im Anschlufs an eine Tätowierung alle möglichen üblen Folgen einstellen können.

Man kann es verstehen, dafs Lymphangitis, Erysipel, Phlegmone und sogar Gangrän im Anschlufs an die Operation des Tätowierens beobachtet worden sind.

Auch Lupus, als lokale und generelle Tuberkulose, ist schon durch einen phthisischen Operateur übertragen worden. Collings und Murray berichten, dafs ein 15jähriger an Phthisis verstorbener junger Mann kurz vor seinem Tode zwei Brüder und einen Freund am Arme tätowierte und in die Wunden mit der flachen Hand seinen Speichel einrieb. In allen drei Fällen bildeten sich am Vorderarm zahlreiche Pusteln, gleichzeitig waren die Kubital- und Achseldrüsen geschwollen. Die mikroskopische Untersuchung eines von der erkrankten Partie exzidierten Hautstückchens ergab die Zeichen der Tuberkulose. Auch Heller hat einen Fall veröffentlicht, bei welchem durch Behandlung einer Tätowierung mit Kuhmilch Tuberkulose übertragen wurde.

Durch den Reiz der Tätowierung können auch alte tuberkulöse Prozesse von neuem wieder ausbrechen. Analoge Vorgänge sind den Pathologen ja sehr geläufig. So erwähnte Simmonds, dafs er bisweilen in Drüsen mit Krebsmetastasen eine frische tuberkulöse Aussaat gefunden habe, die wohl durch den Reiz der Tumorbildung angeregt worden sei.

Ziemlich oft ist Syphilis im Anschlufs an Tätowierung beobachtet worden. Die erste Publikation über eine derartige Syphilisübertragung verdanken wir Hutin. Im Jahre 1877 erschien eine Mitteilung von Albert Josias über einen Menschen, der zugleich mit acht Freunden, die sich ebenfalls tätowieren liefsen, auf diese Weise die Syphilis acqui-

riert hatte. Es waren in diesem Falle drei Sklerosen am Vorderarm entstanden. Robert schildert eine wahre Syphilisepidemie, hervorgerufen durch Tätowierung.

Barker berichtet über zwölf Fälle, die mit dem syphilitischen Gift von einem ausgedienten Soldaten infiziert wurden, der sich durch Tätowieren sein Brot verdiente. Barker konnte auch den Mann untersuchen und fand bei ihm aufser der Sklerosennarbe noch andere syphilitische Erscheinungen, wie Papeln im Rachen.

Whitehead beobachtete in Indien fünfmal eine Sklerose in der Tätowierung.

Auch von einer Reihe anderer Forscher, Bergasse, Cheinisse, Neumann, Tarnowsky, Zechmeister, ist über das Auftreten des syphilitischen Primäraffektes an tätowierten Stellen berichtet worden. Ebenso ist es sichergestellt, dafs bei mit Syphilis infizierten Individuen gerade an tätowierten Stellen die Syphilis sich gern in ihren mannigfachsten Formen manifestiert.

Natürlich können auch psoriatische Produkte in Tätowierungen entstehen.

Professor Bergh in Kopenhagen hat auch, wie ich einer schriftlichen Mitteilung von ihm verdanke, Acne varioliformis und Molluscum contagiosum dabei gesehen, während er die von mir weiter unten beschriebenen Veränderungen nicht kennt. Die Tätowierung kann also unter Umständen üble Folgen für das mit dem farbenprächtigen Schmuck versehene Individuum nach sich ziehen. Lymphangitis, Erysipel, Phlegmone, Gangrän, Lupus, Syphilis, das ist eine Blütenlese der unangenehmen Komplikationen.

In meinem Falle ergab die in Dr. Unnas Laboratorium vorgenommene mikroskopische Untersuchung folgendes Resultat. An der Oberfläche sieht man eine dicke Schuppe, die aus riesigen Hornmassen mit geringer Leukocyteninfiltration besteht. Die Epidermis zeigt eine äufserst unregelmäfsige, höckrige Gestalt; das Epithel der Epidermis und auch die Cutis sind stark hypertrophisch. Grofse Epithelleisten gehen in die Tiefe; die Papillen sind stark vergröfsert und entzündlich verändert. In den Papillen der Cutis ist der Farbstoff — die Zinnoberkörner — abgelagert. Bei dieser artefiziellen Pigmentierung befindet sich also der Farbstoff im Papillargebiet der Cutis, während bei krankhafter oder natürlicher Pigmentierung der Haut der Farbstoff in der untersten Zellenschicht der Epidermis enthalten ist. — Die durch Tätowierung eingebrachten Farbsubstanzen bleiben im Cutisgewebe und im Panniculus adiposus liegen und werden dort abgekapselt. Einzelne Teilchen gelangen wohl auch durch die Lymphgefäfse bis zu den nächsten Lymphdrüsen und werden in der Kortikalsubstanz fest gehalten. — In den ungefärbten Präparaten,

die aus Alkohol nur in Ol. bergam. und dann auf den Objektträger gebracht worden waren, erschienen die Zinnoberkörnchen bei durchfallendem Lichte schwarzbraun, bei auffallendem Lichte dagegen leuchtend rot. Man braucht nur die Hand vor dem Mikroskop langsam von oben nach unten zu bewegen, um das Phänomen deutlich hervortreten zu lassen. In den nach UNNAS „polychromer Methylenblau-Glycerinäthermethode" und in den nach der von ihm modifizierten PAPPENHEIMschen Methylgrün-Pyroninmethode gefärbten Präparaten lassen sich die geschilderten Veränderungen — schwielige Verdickung der Hornschicht, Hypertrophie der Epidermis — gut erkennen.

In der Cutis sind die Symptome der Entzündung deutlich ausgesprochen, man sieht die erweiterten Gefäfse mit den darin enthaltenen Leukocyten, Vermehrung sämtlicher Bindegewebszellen, Herde von grofsen und kleinen Plasmazellen. Die Anhäufungen der kleinen Plasmazellen erscheinen bei der PAPPENHEIM-UNNAschen Doppelfärbung bei schwacher Vergröfserung blau, die der grofsen rot. Hier hat das Protoplasma, das den roten Farbstoff angenommen hat, das Übergewicht über den blau gefärbten Kern, dort besteht das umgekehrte Verhältnis. Bei Anwendung stärkerer Systeme kann man den Übergang der verschiedenen Arten von Plasmazellen ineinander an dem Verhalten des Plasmas studieren.

Wir haben also vor uns einen durch Fremdkörper hervorgerufenen chronisch entzündlichen Prozefs, der zu einer Art Granulombildung geführt hat. Sicher auszuschliefsen ist eine infektiöse Geschwulst durch Übertragung bei der Tätowierung, wie bei den Tätowierungsinokulationen von Tuberkulose und primärer Syphilis. Darum kann es sich nicht handeln, da alle gleichzeitig tätowierten blauen Stellen keine Veränderungen aufweisen. Als Entzündung erregendes Agens haben die Zinnoberpartikelchen gewirkt. So erklärt es sich, dafs die blau gefärbten Partien des Tätowierungsbildes, die mit einem vollkommenen indifferenten Körper (Kohle) behandelt waren, gänzlich intakt blieben, während an den roten Stellen der als nicht ganz indifferent zu betrachtende Zinnober zu den für den Patienten so unliebsamen Veränderungen geführt hatte.

Um die zum erstenmal hier gestellte Diagnose einer reinen Zinnoberdermatitis mit Geschwulstbildung gerechtfertigt erscheinen zu lassen, wären weitere analoge Beobachtungen durchaus erwünscht.

Aus dem pathologischen Institut der Universität in Berlin, Geheimrat J. Orth.

Ein Fall von Vitiligo bei einem Neger.

Von

Dr. Antonino Marullo-Neapel.

Ich habe diesen Fall an den anatomischen Überbleibseln der Haut eines Negers, die im königlichen anatomisch-pathologischen Institut zu Berlin aufbewahrt sind, studiert.

Die Krankengeschichte dieses Individuums, welche wir in den Archiven des Königlichen Krankenhauses „Charité“ finden, enthält nur wenige Notizen.

Der Neger Ash-Ben, in Capetown in Südafrika geboren, 20 Jahre alt, war als Sehenswürdigkeit (Tigermensch) im Passage-Panoptikum in Berlin zu sehen, wo er vor drei Monaten angekommen war. Er wurde in die Charité am 9. Februar 1893 aufgenommen, weil er an mehreren Kotfisteln am Bauch litt. Über seine Eltern kann er keine Angaben machen; er ist nicht verheiratet, hat keine Geschwister. Er war drei Monate vor seiner Aufnahme krank, wurde aber von keinem Arzte behandelt. Die Ursache der Krankheit ist unbekannt, aber er hat schon seit zwei Jahren seine Beschwerden. In der Charité wurde er operiert und ungefähr zwei Monate lang behandelt; er starb am 3. April an einer akuten Peritonitis. Bei der Sektion zeigte die Haut die braunschwärzliche Negerfarbe, ausgenommen an bestimmten Stellen des Körpers, wo sich weiſse Flecken von verschiedener Gröſse fanden, einige isoliert, aber meistens zusammengehäuft.

Die gröſste Menge der weiſsen Flecke bemerken wir in der vorderen Gegend des Rumpfes um den Nabel herum; sie hat annähernd die Form eines Schildes, von vier unregelmäſsigen und gewellten Seiten begrenzt; der gröſste Durchmesser liegt senkrecht und geht durch den Nabel, welcher sich fast an der Vereinigung der beiden oberen Drittel mit den unteren und deshalb ein wenig unter dem Schnittpunkte der beiden Durchmesser befindet. Die beiden Hälften dieses Schildes liegen symmetrisch an den Seiten der Mittellinie des Körpers. Die obere Seite, von unregelmäſsiger Form, beginnt in der Mitte 2 cm über dem unteren Teil der Brustbeingegend, am linken Ende einen Zentimeter unter der linken Brustwarze, am rechten Ende 3 cm unter der rechten Brustwarze.

Die beiden oberen Ecken des Schildes sind nach oben und nach aufsen zu verlängert und ungleich, die rechte ausgedehnter als die linke und endigen in den Achselhöhlen.

Die Seitenränder sind unregelmäfsig; der rechte erstreckt sich aufsen ins obere Drittel, der linke ins mittlere. Die untere Seite zeigt sich auch gewellt; sie verläuft einen Dezimeter unterhalb des Nabels, aber die beiden Ecken verlängern sich nach unten und gehen allmählich unmerklich in die pigmentierte Haut der Schenkel über.

Zwei andere Gruppen weifser Flecken liegen symmetrisch am rechten und linken Knie. Die Kniescheibengegend ist in beiden Fällen der Mittelpunkt der Gruppen der weifsen Flecke, die in der Mitte dichter stehen und allmählich abnehmen, oben nach dem Schenkel zu und unten nach dem Beine zu sich verringern, in einer Ausdehnung von 20—30 cm.

Hinten sind die Kniebeugen frei, aber unten auf den Waden häufen sich die weifsen Flecke wieder an und verbinden sich an den Seitenteilen mit den weifsen Gruppen vor den Beinen.

Zwei andere symmetrische Gruppen von weifsen Flecken finden wir in der hinteren Region im oberen Drittel des rechten und linken Armes von der Gröfse einer Handfläche.

Dann finden wir hier und da vereinzelt am ganzen Körper weifse Flecke, darunter einen von der Gröfse einer Faust im Rücken links ganz unten. Im Bereiche dieser grofsen Gruppen wechseln weifse Flecke mit bräunlich-schwarzen Inseln normaler Haut ab. Im Bereiche der weifsen Flecke der Arme sind die Zonen normaler Haut fast ganz verschwunden. In dieser Beziehung folgen die Flecke des vorderen Teils des Rumpfes und zuletzt die der beiden Kniee.

Die vereinzelten weifsen Flecke sind rundlich, meistens einen Zentimeter im Durchmesser grofs. Die grofsen, weifsen Flecke entstehen durch die Verschmelzung der kleinen und sind von verschiedener Form und Gröfse, je nach der Anzahl der Flecke, welche zusammenfliefsen und der Lage, welche sie unter sich einnehmen. Die Grenze sowohl der vereinzelten wie der zusammenfliefsenden Flecke ist bestimmt oder ungenau, wo es dann nicht leicht ist, sie von der normalen umgebenden Haut zu unterscheiden, in welche sie sich allmählich verlieren. Zuweilen bemerkt man an den Rändern der weifsen Flecke die sogenannte Hyperpigmentation, welche sie wie ein Ring umgibt. Die Anordnung der weifsen Flecke unter sich ist verschieden, traubenförmig, linienförmig, oder ohne jede Ordnung. Grofse, vollkommen weifse Regionen sind das Zeichen eines sehr vorgeschrittenen Prozesses.

Was die allgemeine Lage der Flecke anbetrifft, so fällt einem sofort ihre Symmetrie in den beiden Hälften des Körpers auf, was vielleicht darauf hindeutet, dafs das Nervensystem an diesem Prozefs Anteil nimmt.

Die gröfste Menge der weifsen Flecke im Vorderteil des Rumpfes befindet sich auf dem Felde der Rami cutanei anteriores laterales N. N. intercostalium und des Ramus cutaneus anterior des N. ilio hypogastricus.

Die weifsen Flecke um die Kniee herum befinden sich auf dem Felde des N. cutaneus femoris lateralis, der Rami cutanei femoris anteriores, der Rami cutanei cruris mediales des N. saphenus und des N. cutaneus surae lateralis, die weifsen Flecke an der hinteren oberen Fläche des Arms auf dem Felde des N. cutaneus brachii medialis, der weifse Fleck auf dem Rücken im Felde der Rami posteriores N. N. sacralium, links von der Wirbelsäulengegend.

Die Haare oberhalb der weifsen Flecke haben auch ihr Pigment verloren.

Histologische Untersuchung. Ein Stück der Kniehaut wurde in Alkohol gehärtet und in Celloidin eingebettet. Die Schnitte ergaben keine wichtige Veränderung in der Epidermis und der Cutis.

Das Pigment befindet sich in der Zylinderzellenschicht sowohl im Innern, wie aufserhalb der Zellen. Im Innern der Zellen zeigt es sich als Kranz von Körnern um den Kern herum, aufserhalb der Zellen in Form von kleinen hier und da zerstreuten Körnern. In der Zylinderzellenschicht, welche den weifsen Flecken entspricht, ist das Pigment verschwunden, ohne eine Spur zu hinterlassen; die Papillen sind hier abgeflacht. Zwischen der Stelle, wo das Pigment normal ist und der, wo es verschwunden ist, bemerkt man entweder keine scharfe Grenze, und der Übergang vom ersten zum zweiten geschieht allmählich, d. h. das Pigment wird nach und nach spärlicher, bis es schliefslich ganz verschwindet; oder es ist eine scharfe Grenze vorhanden und man bemerkt dann die sogenannte Übergangshyperpigmentation, welche durch eine Anhäufung des Pigments zwischen der ersten und zweiten Zone gebildet wird.

Das elastische Gewebe und das Kollagen sind normal. Auch die Gefäfse bieten keine Veränderungen dar, sie zeigen keine Zelleninfiltration, auch ist weder ein Ödem, noch sind Mastzellen vorhanden; es fehlt also jede Spur einer Entzündung.

In der Pathogenese der Affektion scheint man die Hypothese einer Trophoneurose nicht ausschliefsen zu dürfen, besonders in Bezug auf die symmetrische Verteilung in den beiden Körperhälften.

Was die Diagnose anbetrifft, so meine ich, dafs es sich in unserem Falle um Vitiligo handelt, was aus der Gesamtheit der klinischen Merkmale abzuleiten ist (verschiedener Entwicklungszustand der weifsen Flecke), welche uns beweisen, dafs der Prozefs nach und nach erworben und nicht angeboren ist.

Das Vorhandensein der Hyperpigmentation an den Grenzen der weifsen Flecke, welche das stete Merkmal der Vitiligo zu sein scheint, ist allein nicht genügend, um diese Diagnose zu begründen, weil in der Literatur Fälle angeführt sind, wo caeteris paribus solche Hyperpigmentation fehlte.

Ich neige zu der Annahme, dafs das Pigment entsteht und verschwindet infolge chemischer Verwandlung des Blutes durch Ernährungsveränderungen, die entweder vom Nervensystem oder von anderen Ursachen herrühren.

Literatur.

Reinhard, Ein seltener Fall von Vitiligo. *Münch. med. Wochenschr.* 1897.
Marcus, Beiträge zur Pathogenese der Vitiligo und zur Histogenese der Hautpigmentierungen. *Virchows Arch.* 1894.
Fox, Vitiligo. Diskussionsbemerkungen. *Monatsh.* 1896. Bd. XXIII.
Jarisch, Die Hautkrankheiten. 1900.
Freund, Grundrifs der gesamten Radiotherapie. 1903.
Finsen, Lyset sem Incitament, Hospitals idende. Kopenhagen 1895. No. 8.
Bellini, Luce e salute. Fototerapia, Radioterapia. Milano, Hoepli 1903.

Aus der Praxis.

Zur Verbesserung der Zinkleimdecke durch Bepudern.

Von

Dr. Curt Cohn,
I. Assistenzarzt an Dr. Unnas Klinik.

Im November vorigen Jahres veröffentlichte Dr. Rasch[1] seine Vorschläge zur Verbesserung der Zinkleimdecke, indem er angab, den Leimverband statt der Betupfung mit Watte durch Aufstreuen und Verstreichen von irgend einem Puder zu vervollständigen. Die Vorzüge dieser Bepuderung sollten darin bestehen, dafs die Aufsaugefähigkeit des Leimes für Wasser und Fett erhöht würde, dafs der Puder sofort nach dem Leimen aufgetragen werden könnte, und dafs auch unbedeckt getragene Hautstellen in unauffälliger Weise eingeleimt und bepudert werden könnten. Von Dr. Sack,[2] der dieses Verfahren ebenfalls längere Zeit angewendet

---

[1] *Diese Zeitschrift.* Bd. 35, Heft 10, S. 477.
[2] Ibid. Bd. 35, Heft 12, S. 580.

hatte, wurde demselben zum Vorwurf gemacht, dafs die Leimdecke in kurzer Zeit durch Austrocknen ihre Elastizität verlöre und durch entstehende Risse dem Patienten unangenehme Schmerzen verursacht würden. In einer Erwiderung[8] bestreitet Dr. Rasch diese Mängel, welche dem Verfahren anhaften sollen, und meint, dafs ein Einreifsen der Leimdecke nicht vorkäme, wenn der Leim genau nach der Mielckschen Vorschrift bereitet und der Puder möglichst dick aufgetragen würde.

Auf Veranlassung meines Chefs habe ich bei mehreren Patienten seiner Klinik und Poliklinik die Bepuderung der Leimdecke vorgenommen und bin dabei zu guten Resultaten gekommen. Besonders erwünscht war es für die Patienten, welche aus verschiedenen Gründen im Gesicht geleimt werden mufsten, ein Mittel gefunden zu haben, welches ermöglichte, dafs die Leimdecke nicht so stark auffiel, und dafs die Patienten ihrem Berufe nachgehen konnten. Ich gebrauche gewöhnlich zur Bepuderung den Unnaschen Pulvis cuticolor, bei welchem ich einen Zusatz von Ferrum oxydatum fuscum machen liefs, und zwar gewöhnlich 1 Teil Ferrum oxydatum fuscum auf 3 Teile Pulvis cuticulor. Dieser Zusatz war nötig, um die Farbe des ziemlich grellen Zinkichthyolleims zu verdecken und eine der normalen Haut möglichst gleiche Färbung zu erzielen. Namentlich in einigen Fällen von Ulerythema centrifugum, das durch tägliche Waschungen mit Natriumsuperoxydseife und Auflegen von Zinkoxydpflastermull günstig beeinflufst wird, hat es sich sehr bewährt, die Partien noch einzuleimen und zu bepudern. Wenn der Leim an den Rändern dünn aufgetragen wird und nach dem Gesunden hin allmählich verduftet, so ist der Leimverband nach der Bepuderung mit dem oben erwähnten Puder sehr wenig auffällig. Auch in Fällen, in denen der bepuderte Leim mehrere Tage liegen bleiben mufste, habe ich keine unliebsamen Störungen durch Einreifsen der Decke bemerkt. Das Bepudern geschieht am besten mit einem gewöhnlichen Haarpinsel.

[8] Ibid. Bd. 86, Heft 1, S. 27.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Eine neue wirksame Lampe für lichttherapeutische Zwecke, von H. Strebel-München. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 4.) Die ultraviolette und chemisch wirksame Farbstrahlen sehr reichlich liefernde neue Lampe brennt mit zwei zwischen präparierten Kohlenstäben hergestellten Lichtbogen. Sie ist sehr handlich,

gibt dabei ein aufserordentlich intensives Licht und hat besondere Vorrichtungen zum Ausgleich der durch das Licht erzeugten enormen Hitze. Durch Vorschaltung einer Konzentrationslinse erhält man genügende Tiefenwirkungen, so dafs man mit dieser Lampe auch im stande ist, die tieferen Lupusknoten zu heilen. Verfasser hat diese Wirkung in mehreren Fällen erprobt. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Die Dermo-Lampe, von Hans Jansen. (*Wien. klin. Rundsch.* 1902. No. 49.) Verfasser, Assistent im Finsen-Institut, hebt gegenüber Kattenbracker den geringen Wert der Dermo-Lampe hervor. Man mufs nicht Lichtreaktion und therapeutischen Effekt identifizieren. Zu letzterem bedarf es einer gründlichen Durchleuchtung. Die Eisenlampe enthält viele ultraviolette Strahlen, die aber stark absorbiert werden, keine Tiefenwirkung haben, daher beim Lupus nichts leisten. Sie wirken nicht baktericid in den Geweben. Aufserdem zeigt die Lampe eine Reihe praktischer Nachteile; die Elektroden russen, es tritt oft Kurzschlufs ein. — Eine neuer Finsen-Reynscher Apparat, der jetzt hergestellt ist, ist nicht kostbar, wie der Originalapparat; er braucht nur 55 Volt.

Auf diesen Artikel erwidert Kattenbracker in derselben Nummer: Auf die ultravioletten Strahlen legt er gar keinen Wert; die blauen sind viel wichtiger, an diesen aber ist das Eisenlicht sehr reich. Below hat bewiesen, dafs die blauen Strahlen die baktericid wirkenden sind. Übrigens ist neben der baktericiden Kraft die irritative von gröfster Wichtigkeit. — In der folgenden Nummer derselben Zeitschrift kommt dann ein Schlufswort von Jansen: Below hat wohl mit der Dermo-Lampe durch Glas, welches die ultravioletten Strahlen nicht durchläfst, Bakterien abgetötet, aber er sagt nicht, in wie langer Zeit. Seine eigenen Versuche zeigen, dafs bei der Dermo-Lampe 300 mal so lange Beleuchtungszeit nötig ist, mit oder ohne Glas, um eine Abtötung der Bakterien zu bewirken. Es mufs die Dermo-Lampe also auch relativ wenig sichtbare chemische Strahlen haben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Alkoholumschläge, von N. A. Ssawelijew-Dorpat. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1903. No. 12 u. 13.) S. fafst die verschiedenen Berichte über die Wirkung des Alkoholverbandes zusammen, er hat sich bei den verschiedenen Entzündungen der Haut und des Unterhautzellgewebes, wie bei Phlegmonen, Lymphangoitis, Erysipel, Panaritium als nützlich erwiesen; ferner wurde er mit Erfolg bei Bursitis praepatellaris, bei blennorrhoischer Gelenkentzündung, bei Leistenbubonen nicht schankrösen Ursprungs angewendet. Auch erzielte Lanz gute Erfolge bei Dermatitis pustulosa, Sycosis staphylogenes und Hautwarzen tuberkulösen Ursprungs, Hebra jun. hat einige Fälle von Lupus erythematosus erfolgreich behandelt. Eigenes bringt Verfasser in dem ersten Teil seiner Arbeit nicht. Eine Erklärung der Wirkung ist noch nicht gegeben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Das Glykosal bei der Behandlung der venerischen und Hautkrankheiten, von Sorrentino. (*Gazz. degli ospedali e d. Clin.* 105. Jahrg. XXIII.) Verfasser hat das Präparat, den Monosalsalicyläther des Glycerins, innerlich (3—6,0) bei den verschiedenen Varietäten von Cystiten, äufserlich (in Pulverform, unvermischt) bei Ulcera venerea und Bubonen, bei, chronischem squamösem Ekzem und paraekzematöser Hyperkeratose (in Salbenform mit Lanolin und Vaselin, nach vorheriger Auflösung in etwas Alkohol), sowie bei parasitären Dermatosen (Herpes tons., Pityriasis versicolor, Erythrasma) angewendet. Bei innerlicher Anwendung ist das Glykosal mit dem Salicylat und der Salicylsäure, sowie mit dem Salol zu vergleichen, nur wird es besser als diese Präparate vom Magen vertragen. Bei venerischen Geschwüren wirkt es nicht besser als andere Medikamente. Beim Ekzem waren die Erfolge ganz befriedigende. Die

antiparasitäre Wirkung des Glykosals ist nicht eine starke, verdient aber berücksichtigt zu werden, da es ganz unschädlich ist und somit über grofse Flächen ohne Schaden aufgetragen werden kann. *C. Müller-Genf.*

Kurze Notiz über den Gebrauch de Kalium permanganicum bei einigen Hautkrankheiten, von TRUFFI. (*Gaz. med. Lomb.* 1902. No. 29.) Ermutigt durch die vortrefflichen Erfolge, welche HALLOPEAU mit seiner Psoriasisbehandlung (Einpackungen in konzentrierte Lösungen von Kalium permanganicum) erzielt hat, wollte Verfasser das Mittel auch beim Lupus experimentieren. Die Resultate, die er damit erhielt, entsprachen aber seinen Erwartungen keineswegs; wohl schienen im Beginne der Behandlung die entzündlichen Erscheinungen an Intensität abzunehmen, dann aber trat ein Stillstand ein, über den hinaus es nicht mehr kam. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden keine beobachtet, nur zuweilen zeigten sich die Umschläge der 1%igen Lösung etwas schmerzhaft, jedoch keineswegs übermäfsig. TRUFFI wandte sodann die Methode auch bei Psoriatikern an. Auch hier waren die Resultate keineswegs befriedigende; ein Erlöschen des entzündlichen Prozesses konnte nicht nur nicht erzielt werden, sondern es bildeten sich sofort wieder dicke Schuppen, sobald mit den Applikationen der Lösung drei oder vier Tage ausgesetzt wurde.

C. Müller-Genf.

Über die BRUNSsche Airolpaste, von RUDOLF WANACH. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1902, No. 40,) Nach fünfjähriger ausgiebiger Anwendung der Airolpaste empfiehlt Verfasser allen Ärzten ihren Gebrauch dringend. Sie kann die teuren und umständlichen Bindenverbände in vielen Fällen nicht nur ersetzen, sondern übertrifft sie sogar. Hauptvorzüge der Paste sind die einfache Art der Anwendung, ihre hygroskopischen Eigenschaften und die völlige Reizlosigkeit. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Chininum lysoginatum, ein neues Wundheilmittel, von J. HERVESI. (*Centralbl. f. Chir.* 1902. No. 1.) Ein feines, orangegelbes Pulver, unlöslich in Wasser, leicht löslich in Alkohol, Benzin, Chloroform; enthält 70,8% Chinin, ist von bitterem Geschmack und hat einen leicht aromatischen Geruch. Als Streupulver bewährte sich das Mittel in der kleinen Chirurgie sehr; es hat starke desodorierende, antiseptische und granulationsbefördernde Eigenschaften. In Pulverform und als 10%ige Glycerinmischung wurde es mit Erfolg bei Caries und skrophulösen Drüsen gebraucht. Es wirkt ferner stark blutstillend bei parenchymatösen Blutungen. Allgemeine Giftwirkungen und lokale Reizerscheinungen wurden nicht beobachtet.

A. Strauſs-Barmen.

Über die Verwendbarkeit des Dymal in der Chirurgie, von E. MUNK. (*Ärztl. Centralztg.* 1902. No. 13.) Das Dymal erwies sich als ungiftig. Auf granulierende Wunden gestreut, reizt es nicht und verklebt nicht. Es beschränkt die Eitersekretion und wirkt antiseptisch. Es ist bequem anzuwenden und billig.

A. Strauſs-Barmen.

Über das Helmitol, ein neues Harnantiseptikum, von PAUL ROSENTHAL-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1902. No. 12.) Das anfangs als Cetramin, später als Helmitol empfohlene Präparat ist eine Verbindung der Anhydro-Methylencitronensäure mit dem Urotropin, es löst sich als Pulver, schmeckt säuerlich und wird von seiten des Magens und der Niere gut ertragen. R. benutzte es in MAX JOSEPHS Poliklinik bei 20 Patienten, und zwar litten 18 an Urethritis blennorrhoica post., 1 an Cystitis, 1 an Prostatitis chron. Alle Fälle, die genau geschildert werden, wurden durch Helmitol günstig beeinfluſst, der Urin klärte sich schnell. Das Mittel wird neuerdings auch in Tablettenform à 0,5 g in den Handel gebracht, man gibt täglich 3—6 g. Der Preis in der Originalpackung (Bayer & Co.) beträgt 0,40 Mk. für 20 Tabletten.

Bernhard Schulze-Kiel.

Das Heroinum hydrochloricum als Anaphrodisiacum, von Arthur Strauss-Barmen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 36.) Der Verfasser hat die Wirkung des Heroinum hydrochloricum bei sexuellen Erregungszuständen (Pollutiones nimiae), sowie bei vermehrten und schmerzhaften Erektionen nach Operationen, insbesondere Phimosenoperationen, und bei Blennorrhoen geprüft und gefunden, dafs dasselbe ein sehr gutes anaphrodisierendes, schmerz- und reizstillendes Mittel ist. Unangenehme Nebenwirkungen wurden in keinem Falle beobachtet. In Fällen von Spermatorrhoe bei sexueller Neurasthenie scheint die Wirkung des Heroins eine sehr unsichere zu sein. *Götz-München.*

Theoretische und praktische Studie über die Frage der Quecksilberdosen und die intensive Quecksilberbehandlung, von Leredde. (*Journ. de pratic.* 1903. No. 5 und 6.) Die therapeutische Wirksamkeit der verschiedenen Quecksilberverbindungen ist nach L. einzig und allein abhängig von der in den Körper eingeführten bezw. von der im Körper frei werdenden Quecksilbermenge. Daraus resultiert für die Praxis die Forderung, dafs die einzuverleibenden Dosen eines jeden Quecksilbersalzes nach seinem Gehalt von Hg genau reguliert werden; insbesondere mufs auch zahlenmäfsig festgelegt werden, was unter einer „intensiven" Quecksilberkur zu verstehen ist. Die Einwirkungskuren müssen von vornherein aus der Syphilisbehandlung eliminiert werden, da bei derselben die Menge des in den Körper eindringenden Hg nicht bestimmbar und auch bei Verwendung gleich grofser Dosen von Quecksilbersalbe eine ganz ungleichmäfsige ist. Es bleiben also die Injektionskuren. Für diese gilt als Grundsatz, dafs man einem erwachsenen, gesunden, kräftigen Menschen, der keine vermehrte Empfindlichkeit gegen Quecksilber besitzt, täglich 0,035 Hg einverleiben kann und dafs eine „intensive" Quecksilberkur eine tägliche Dosis von 0,015—0,035 Hg und darüber erfordert. Eine solche Kur kann gemacht werden mit Injektionen von 0,1 Kalomel, die 0,084 Hg enthalten und in Zwischenräumen von je fünf Tagen zu wiederholen sind. Gröfsere Mengen Kalomel einzuspritzen ist gefährlich, weil die Resorption bei dieser Methode sehr rasch erfolgt; die Hauptmenge des eingeführten Hg geht schon in den ersten drei Tagen in die Zirkulation über. L. gibt daher auch den Injektionen löslicher Quecksilbersalze den Vorzug, und zwar verwendet er ausschliefslich Hermophenyl (Quecksilberphenoldisulfonat), Hydrargyrum bijodatum in wässeriger Lösung und Hydrargyrum benzoicum in physiologischer Kochsalzlösung. Zu einem definitiven Urteil über das Hermophenyl, insbesondere bezüglich seiner Resorbierbarkeit, sind noch weitere Beobachtungen nötig; die zu einer intensiven Kur erforderliche Tagesdosis beträgt bei demselben 0,1—0,12 g. Von Hg bijodatum und Hg benzoicum, die 44 bezw. 45% Quecksilber enthalten, kann man täglich 0,06 g injizieren. Die Empfindlichkeit der einzelnen Kranken gegenüber dem Hg ist sehr verschieden und im voraus nicht zu bestimmen; man beginnt daher stets mit kleinen Dosen und steigt allmählich so weit, bis die ersten Andeutungen von Intoxikation, Mattigkeit und Temperatursteigerungen sich einstellen. Sobald Fieber eintritt, werden die Injektionen für 24 oder 48 Stunden ausgesetzt; dann wird die Behandlung mit Dosen, die um ein geringes kleiner sind, weitergeführt. Auch bei eintretender Gewichtsabnahme sind die Einspritzungen auszusetzen, bis das alte Körpergewicht wieder erreicht ist. Selbstverständlich sind auch Nieren, Verdauungsorgane und Mundschleimhaut aufs sorgfältigste zu überwachen.

„Intensive" Quecksilberkuren in der angegebenen Weise sind nach L. indirekt in allen Fällen von schwerer, hartnäckiger Syphilis und bei der Syphilis der inneren Organe, namentlich des Nervensystems, insbesondere aber bei Tabes und allgemeiner Paralyse; die letztere kann durch intensive Quecksilberbehandlung, aber auch nur durch diese, zur vollständigen Heilung gebracht werden. Die Dauer einer intensiven

Kur beträgt im Durchschnitt einen Monat; in allen schweren Fällen mufs die Kur nach einer Zwischenpause in gleicher Stärke und Dauer wiederholt werden. — Die prolongierte Quecksilberbehandlung mit kleinen Dosen ist unwirksam und daher zu verwerfen. *Götz-München.*

Das Hydrargyrum oxycyanatum in der urologischen Praxis, von Paul Asch. (*Wien. klin. Rundsch.* 1902. No. 42.) Bei der akuten Blennorrhoe wirkt das Hydrargyrum oxycyanatum günstig, ist reizlos, versagt aber auch manchmal. Es ist den anderen Trippermitteln gleichzustellen. Bei komplizierten, subakuten Blennorrhoen wirken Janetsche Spülungen mit Hydrargyrum oxycyanatum zufriedenstellend. Auch bei chronischen Fällen ist es brauchbar. Zur Injektion benutzt man eine Lösung von 0,05—0,15 : 150,0, zu den Janetschen Spülungen eine solche von 1 : 10000—20000. Gerade in Form letzterer ist das Mittel empfehlenswert, so dafs es dem Kalium hypermanganicum zur Seite gestellt werden kann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Verwendung des Ichthyol, von W. Besdjetnoff. (*Ärztl. Prax.* 1902. No. 3.) Neben dem Erysipel behandelte B. erfolgreich verschmutzte Wunden und Geschwüre mit Ichthyol, indem er die Wunden selbst mit Jodtinktur, die Umgebung mit Ichthyol bestrich; er meint dadurch jede Komplikation, wie Erysipel und Sepsis, zu vermeiden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Therapeutische Erfolge mit dem Jodipin und dem Hydrogenium peroxydatum purissimum Merck, von Ravasini. (*Bollet. delle mal. ven. sifil. urin. e della pelle.* 1903. No. 1.) Verfasser empfiehlt aufs wärmste die Anwendung dieser beiden Präparate, deren Indikationen hinlänglich bekannt sind. Was das letztere anbelangt, so ist seine Konzentration das Zehnfache der bisherigen Lösung und hält sich, wenn gut verschlossen, unbegrenzt. *C. Müller-Genf.*

Über den Verlauf der Ausscheidung des Jodkaliums im menschlichen Harn, von Henri Anten. (*Archiv f. experiment. Pathol. u. Pharmakol.* 1902. Heft 5/6.) A. hat am Institut für chemische Chemie eingehende Untersuchungen über obiges Thema angestellt mit folgenden Ergebnissen:

1. Nach einer einmaligen Dosis von 0,5 Kalium jodatum findet die höchste stündliche Ausscheidung in der zweiten Stunde statt, nur ausnahmsweise in der ersten oder dritten Stunde.

2. Die mittlere nach dieser Dosis im Harn ausgeschiedene Menge beträgt 75%. Bei wiederholten Gaben werden anscheinend gröfsere Mengen ausgeschieden.

3. Die Dauer der Ausscheidung beträgt bei einer Gabe von 0,5 etwa 40 Stunden. Dieser Zeitraum steigt an mit der Zahl der genommenen Dosen. Nach zwei innerhalb von 5 Stunden genommenen Dosen dauert die Ausscheidung 56 Stunden Nach drei innerhalb von 10 Stunden genommenen Dosen dauert sie 77 Stunden.

4. Durch ein gleichzeitig genossenes Mucilaginosum wird die Ausscheidung in den ersten 2 Stunden merklich verzögert, woraus auf eine Herabsetzung der Resorption geschlossen werden kann.

5. Durch Kaliumnitrat und Natriumchlorid wird die Ausscheidung deutlich vermehrt. Eine Stütze für die Nitrithypothese des Jodismus konnte nicht gefunden werden. Natriumbikarbonat hat keinen Einfluſs auf die Ausscheidung des Jods und verhinderte nicht das Auftreten von Jodschnupfen.

6. Nach Claude Bernard findet sich Jod noch wochenlang nach der letzten Gabe im Speichel, nicht aber im Harn, was Verfasser nicht fand, im Gegenteil zeigte sich, dafs die Jodreaktion im Speichel 5—6 Stunden eher verschwand als im Harn.

7. Das bei Jodschnupfen abgesonderte Sekret der Nasenschleimhaut enthielt Jod in einer Menge, die 0,9—1,5% des aufgenommenen Jodkaliums entspricht.

Bernhard Schulze-Kiel.

Intoxikationspsychose nach Injektion von Jodoform in die Blase, von Hans Schwerin-Berlin. (*Dtsch. med. Ztg.* 1903. No. 10 u. 11.) Die Jodoformbehandlung der Cystitis wurde bisher von zahlreichen Autoren mit wechselndem Erfolge versucht, Jodoformintoxikation nach Injektion in die Blase wurde bisher nur von Kaufmann und Kümmell beobachtet. Sch. teilt einen Fall schwerer Jodoformpsychose mit, der dringend zur Vorsicht mahnt, welcher aus der Praxis des Herrn Dr. Albert Freudenberg-Berlin stammt. Bei einem Greise bildete sich vier Wochen nach einer erfolgreichen Bottinischen Operation plötzlich ein Zustand hochgradiger Verwirrung, verbunden mit heftiger Aufregung, Hallucinationen und Verfolgungsideen im Anschluſs an Injektionen von etwa 12 g Jodoform in die Blase aus. Sowohl nach dem klinischen Bilde als auch nach dem Ergebnis der Urinuntersuchung konnte es sich nur um eine Jodoformintoxikation handeln. Man soll also das Jodoform stets mit Vorsicht anwenden und eventuell sich bei Cystitis mit Borsäure-, Argentum- und ähnlichen Injektionen zu helfen suchen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Merkurol, von Heinrich Dreesmann-Köln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 5.) Merkurol, eine chemische Verbindung von Quecksilber und Nukleinsäure, enthält etwa 10% Hg und ist in Wasser, besonders in der Wärme, leicht löslich; bei Zutritt von eiweiſshaltigen Flüssigkeiten, wie Blutserum, tritt keine Koagulation ein. Die vorläufige bakteriologische Prüfung des Mittels hat ergeben, daſs es auf Staphylococcus aureus und, wenn auch in geringerem Grade, auf Pyocyaneus deutlich wachstumhemmend wirkt. Die Resultate, die der Verfasser mit dem Merkurol in einer ganzen Reihe von Affektionen erzielt hat, waren durchwegs sehr günstige. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt er die Anwendung des Mittels 1. bei Ulcus cruris und anderen chronischen geschwürigen Prozessen in Form von 2—5%iger Salbe; 2. bei stark granulierenden Wunden und Ulcus molle als Streupulver, zum Zweck des Ätzens; 3. bei Blennorrhoe zu Injektionen in 0,5—2%iger Lösung; 4. bei Lues in Gaben von 0,5—0,1 innerlich zweimal täglich; speziell bei Syphilis waren die erzielten Erfolge auſserordentlich befriedigend. *Götz-München.*

Aseptisches Metallpulver; ein neues Wundheilmittel, von L. Hoffmann-Stuttgart. (*Berl. tierärztl. Wochenschr.* 1902. No. 1.) Verfasser fiel in einer Metallschlägerei die auſserordentliche Haftbarkeit des Metallpulvers auf. Nachdem er sich von der Gefahrlosigkeit dieser Pulver überzeugt, benutzte er zwei, ein weiſsgraues mit Silberglanz und ein gelbbräunliches mit Goldglanz, bei Tieren als Wundstreupulver. Sie bilden, auf die Wunden gestreut, ein feines Puder, aufgepreſst dagegen eine spiegelglatte Oberfläche mit prachtvollem Glanz und zeigen eine starke Deckkraft mit absolut aseptischer Wirkung, auch in der Behandlung von Hautreizen und Oberflächendefekten, also ein „brillantes" Heilmittel. Die Haut bleibt reaktionslos. Sie haben auch bei Hautkrankheiten, namentlich Ekzemen, Dermatitiden, Juckreiz, sich sehr bewährt. Diese „glänzenden Eigenschaften" haben Verfasser veranlaſst, durch Apotheker Gramm in Stuttgart zwei aseptische Metallpulver, Epitholsilber und Epitholgold, in gereinigter Form in den Handel bringen zu lassen, und es dürfte sich empfehlen, diese Pulver, die eine so zuverlässige und lückenlose Decke zu bilden gestatten, auch beim Menschen therapeutisch zu prüfen. *A. Strauſs-Barmen.*

Über die Wirkung des Natron-Kakodylates bei einigen Dermatosen, von Pabis. (*Rif. med.* 1903. No. 1.) Verfasser hat das Präparat in einer Reihe von Hautaffektionen in subcutaner Injektion (10%ige Lösung) angewendet und kommt zum Schlusse, daſs dasselbe bei gewissen, mit schwerem Allgemeinzustande komplizierten Dermatosen vorzügliche Dienste leisten kann. In einigen wenigen Fällen waren die Injektionen von vorübergehenden Kopfschmerzen und leichten Darmstörungen begleitet.

C. Müller-Genf.

Über Schmierseifenverätzung, von A. Most-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 8.) Eine ältere Frau hatte gegen einen juckenden Ausschlag an den Armen Einreibungen mit gewöhnlicher Schmierseife gemacht und aufserdem Stücke der Seife auf die juckenden Partien gelegt und die Arme verbunden. Schon nach einer Viertelstunde mufste sie wegen heftiger Schmerzen den Verband abnehmen, die Haut zeigte schwere Verätzungen. Links war die ganze Dicke der Haut brandig geworden, rechts waren noch die untersten Schichten des Rete Malpighii erhalten geblieben. — Wie die Untersuchung ergab, war kein besonders schlechtes Präparat in Anwendung gekommen. Wahrscheinlich hatten die durch das beständige Jucken erzeugten Kratzeffekte die Entstehung der Verätzungen begünstigt. Verfasser konnte nämlich am eigenen Leibe feststellen, dafs die Applikation der Schmierseife auf der intakten Haut diese nicht im mindesten reizte, dafs dagegen sich Epithelnekrosen bildeten, als er die Haut mit einem Messer oberflächlich geritzt hatte und nun die Schmierseife einwirken liefs. — Der Fall fordert zur Vorsicht bei der Anwendung gewöhnlicher, ungereinigter Schmierseife auf; namentlich wird es sich empfehlen, bei der Schmierseifenbehandlung der Tuberkulose stets medizinische Schmierseife zu verordnen. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Über Sublamin und dessen toxische Wirkung im Vergleich zu der des Sublimats, von A. Schuftan. (Inaug.-Dissert., Berlin 1902.) Die Versuchstiere starben an parenchymatöser Nephritis, unter starker Abmagerung und profusen Diarrhöen. Die tödliche Dosis ist per os 0,04, subcutan 0,01, endovenös 0,0075 (beim Sublimat 0,01, 0,01, 0,005). Verfasser betont die absolute Reizlosigkeit des Sublamins und empfiehlt es daher zu subcutanen und intramuskulären Injektionen gegen Lues. Er glaubt, dafs die schmerzhaften Infiltrate bei Sublamineinspritzungen vermieden werden können. *A. Strauſs-Barmen.*

Über Thigenol, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Therap. Monatsh.* April 1903.) Verfasser hat in 124 dermatologischen Fällen als Ersatz für Ichthyol das Thigenol angewendet, eine konzentrierte Lösung der Natriumverbindung der Sulfosäure eines sympathisch dargestellten Sulfoöles, in welchem 10% Schwefel organisch gebunden sind. Vor dem Ichthyol hat das Präparat den Vorzug, dafs es geruchlos ist, auf der Haut zu einer nicht klebenden Decke trocknet und leicht mit Wasser abzuwaschen ist; mit Thigenol beschmutzte Wäsche läfst sich leicht reinigen. Überdies ist das Mittel billiger als Ichthyol. Die Hauptindikation bilden nach S. Ekzeme und ganz besonders seborrhoische Zustände. Bei letzteren kommt die Löslichkeit des Thigenol zu statten, da hier die Anwendung von Salben oft umgangen werden mufs. Verfasser verwandte als Lösungsmittel eine Mischung von Aqua 1 und Spiritus 2; er sah bei Patienten mit seborrhoischem Ekzem oder einfacher Seborrhoe des Kopfes von stärkeren Konzentrationen, selbst bei 50% Thigenolgehalt, niemals eine Reizung. Bei Rosacea bewährte sich eine Lösung von Th. 5—10 in Aq. dest., Spir. aa 12,5, abends auf die ergriffenen Partien aufgetragen und am nächsten Morgen mit Seifenwasser abgewaschen. Scabies beseitigt eine Mischung von Th. 70, Spir. 20, Aq. 10.
M. Levor-Frankfurt a. M.

Klinische Erfahrungen über Vioform, von Schmieden. *Zeitschr. f. Chir.* Nov. 1901. Heft 5 u. 6.) Vioform ist ein sehr schonendes Antiseptikum. Es hat Jodoform in der Bonner chirurgischen Klinik fast ganz verdrängt; es ist fast geruchlos und reizt nicht, daher empfehlenswert als Streupulver bei nässenden Ekzemen.
A. Strauſs-Barmen.

Yohimbin (Spiegel), ein neues Alkaloid, Spezifikum gegen Impotenz, von M. Lewitt-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 48.) L. schildert in seinem Sammelbericht die teilweise sehr guten Erfolge des Yohimbin von seiten Bergers

Kühns, Silbersteins, Hess', Eulenburgs; letzterer wandte es in 2%iger Lösung subcutan an nach folgender Form:

Yohimbin Spiegel 0,2
Solve in Aq. dest. sterilisat. 10,0
D. ad. vitr. fusc.
(0,5—1,0 pro dosi).

Die Injektion machte er anfangs täglich, beginnend mit einer halben Spritze, nach eingetretener Wirkung jeden zweiten bis dritten Tag bis 20 Injektionen ohne üble Nebenerscheinungen. Die Wirkung erfolgte langsam, aber sicher.

Jedenfalls geht aus den meisten der Arbeiten hervor, dafs das Yohimbin brauchbar ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Angioneurosen.

Das akute circumskripte Ödem, von J. Mendel-Essen. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1902. No. 48.) M. berichtet über mehrere in einer Familie vorgekommene Fälle dieser zuerst von Quincke beschriebenen Krankheit, die hier besonders bösartig auftraten und wieder den Beweis der Erblichkeit erbringen; von den 12 Personen in vier Generationen waren neun von der Krankheit befallen, von denen bisher sechs daran starben. Die Anschwellungen befallen hauptsächlich Hände, Füfse und Kopf. M. hält es für berechtigt, das akute circumskripte Ödem den Autointoxikationen zuzurechnen, und zwar um so mehr, als uns diese Auffassung eine wirksame Therapie gegen die lästige und oft das Leben bedrohende Krankheit an die Hand gibt. Therapeutisch bewährte sich das Aspirin am besten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Urticaria ab ingestis, von Bramwell. (*Brit. med. Journ.* 22. Nov. 1902.) Ein 7jähriges Mädchen erkrankte plötzlich mit Fieber, Jucken, Schlaflosigkeit. Am anderen Tage zeigte sich am Körper ein quaddelartiger Ausschlag, der stellenweise einen bullösen Charakter hatte. Das Gesicht war geschwollen und gerötet. Auf Befragen gab die Patientin an, dafs sie viel Rhabarber gegessen habe.
C. Berliner-Aachen.

Eigentümliche Ätiologie mehrerer gleichzeitig aufgetretener Fälle von Urticaria, von Masure. (*Arch. de Méd. et Pharm. milit.*, November 1902. Nach *Journ. d. pratic.* 1902. No. 52.) Kurze Mitteilung über acht gleichzeitig bei Soldaten eines und desselben Regiments aufgetretene Fälle von Urticaria. Dieselben waren dadurch verursacht, dafs die Hemden der Erkrankten über einer mit Raupen (Liparis auriflua) bedeckten Hagedornhecke getrocknet worden waren. Ein Versuch an seiner eigenen Person überzeugte den Verfasser, dafs diese Raupen, auch ohne dafs sie selbst auf die Haut gelangen, durch Vermittlung von Wäschestücken, mit denen sie in Berührung gekommen sind, Urticaria erzeugen können. *Götz-München.*

Zwei Fälle von Raynaudscher Krankheit, von Crisafi. (*Il Morgagni.* 1903. No. 8.) Verfasser beschreibt zwei derartige Fälle, von denen jedoch nur einer das typische Bild zeigte, während der andere eine mehr abortive Form aufwies, indem bei demselben das wichtigste Symptom, die Gangrän, fehlte. Er begründete seine Diagnose auf der Konstatierung folgender Symptome: symmetrisches Ödem an beiden Füfsen, Cyanose, Eruption von Bläschen; die gleichen Erscheinungen zeigten sich sodann auch an den oberen Gliedmafsen. *C. Müller-Genf.*

Über die Toxine von Aspergillus fumigatus und Aspergillus flavescens und deren Beziehungen zur Pellagra, von Carlo Ceni und Carlo Basta. (*Centralbl. f. Allg. Pathol.* 1902. No. 23.) Durch Digestion mit Alkohol oder Äther erhält man aus Aspergillus fumigatus Substanzen, die spezifisch toxische Wirkungen haben.

Weniger toxisch sind die nur mit Äther zu gewinnenden Extrakte aus Aspergillu flavescens. Die Toxine des Aspergillus fumigatus sind nur aus den Sporen zu gewinnen. Die Giftwirkung ist um so schwächer, je stärker das Mycel entwickelt ist, um so heftiger, je reifer die Sporen. Die Nährböden sind nicht von Bedeutung. Längeres Kochen und Alkohol schwächt die Giftwirkung nicht ab, wohl aber Lösung in Wasser. Die Symptome sind starke Erregung von Muskeln und Nerven, Zittern, Steifheit, Spasmen; dazu Beschleunigung der Atmung und der Herztätigkeit, blutige Faeces. Das Krankheitsbild erinnert an die Pellagra. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Anomalien des Stickstoffwechsels bei der Pellagra, von Moreschi. (*Il Morgagni.* 1903. No. 2.) Verfasser hat bei seinen Pellagrakranken eine mehr oder weniger starke Stickstoffausscheidung konstatiert, vermag sich aber vorläufig nicht darüber auszusprechen, ob dieselbe eine Folge einer ungenügenden Uropoiese von seiten der Leber resp. des ganzen Organismus, oder einer Säureintoxikation ist.

C. Müller-Genf.

Wie ist die Ausbreitung der Pellagra in Ägypten zu bekämpfen? von F. M. Sandwith-Kairo. (*Lancet.* 14. März 1903.) Im Laufe der letzten zehn Jahre hat Sandwith nicht weniger als 1000 Fälle dieser Krankheit behandelt, meistens Männer im Alter von 20 bis 40 Jahren. Aufserdem konstatierte er bei einer Serie von 315 Feldarbeitern zwischen 15% und 62% leichtere Erkrankungen. Dabei war sehr deutlich zu konstatieren, dafs die besser gestellten Dörfer am wenigsten und die armen Dörfer die meisten Kranken lieferten. Unter 23 Mädchen, welche auf den Baumwollenplantagen arbeiteten, waren 30% krank. Dafs der Genufs von schadhaftem Mais der Erkrankung zu Grunde liegt, wird von S.s Erfahrungen durchaus bestätigt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Purpura haemorrhagica nach einem Seebade, von E. Tonge. (*Brit. med. Journ.* 3. Jan. 1903.) Ein 5jähriger Knabe bekam nach dem ersten Seebade Erbrechen, Schmerzen in der Lendengegend und einen Petechialausschlag. In der linken Kniekehle war ein eigrofses Hämatom vorhanden. Am Abdomen, an den Armen und Beinen, an der Innenfläche der Wangen und Lippen waren Ecchymosen von verschiedener Gröfse vorhanden. Die Temperatur war normal. Der Urin enthielt Blut und war spärlich. Unter Bettruhe, Milchdiät besserte sich der Zustand.

C. Berliner-Aachen.

Purpura haemorrhagica nach Scharlach, von J. Cullen. (*Brit. med. Journ.* 24. Jan. 1903.) Ein 12jähriger Knabe erkrankte am 10. Februar 1902 an typischem Scharlach. Am 13. Tage der Krankheit, nachdem das Fieber geschwunden war und der Patient sich in der Rekonvalescenz befand, bekam er unter Kopfschmerzen und Erbrechen und Schwellung der Cervikaldrüsen einen Petechialausschlag am Körper. In den nächsten Tagen schwollen die Beine an; der Urin enthielt bedeutende Mengen Eiweifs. Der Purpuraausschlag nahm stellenweise den Charakter von Blasen an, die einen blutigserösen Inhalt zeigten. Das Zahnfleisch war geschwollen und blutete sehr leicht. Der Fall verlief letal. *C. Berliner-Aachen.*

Eine seltene Form von Purpura, von H. L. Gordon. (*Lancet.* 14. Febr. 1903.) Die hier mitgeteilte Krankengeschichte enthält allerdings manches Ungewöhnliche. Der sonst gesunde, etwas „nervös" veranlagte Knabe erkrankte plötzlich, nachdem er nur über ein geringes Unwohlbefinden und kurzdauernde Ohrenschmerzen vier Tage zuvor geklagt hatte, mit Schmerzen und Steifigkeit der Extremitäten und einem Ausschlag an den Beinen, welcher mit Fug und Recht als rheumatische Purpura diagnostiziert werden konnte, aber ohne Fieber. Alsbald schlossen sich aber eine ganze Reihe von Erscheinungen an; Kolik intensivster Art mit starker Darmblutung, ausgedehnte entzündliche Zustände in raschem Wechsel an verschiedenen Gelenken,

ferner successive verschiedene Dermatosen, intensive, aber flüchtige Ödeme, Urticaria, einfaches Erythem, Erythema exsudativum in den verschiedensten Formen und starke Desquamation, späterhin Fieber, ein lautes systolisches Geräusch an der Mitralis und Chorea mäfsigen Grades. Die intensiven, gefahrdrohenden Symptome hielten fast ununterbrochen volle drei Monate an, und noch im fünften Monat traten Nachschübe von Purpura hervor. Zeitweilig bestand totale Anurie. Die Genesung scheint schliefslich eine vollständige gewesen zu sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Purpura rheumatica, von R. S. Wells-Kircowan. (*Lancet.* 28. März 1903.) Bericht über eine schwere Erkrankung bei einem 19jährigen Jüngling mit starken Blutungen und schliefslich Heilung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einige physiologische Faktoren für die Entstehung des Skorbut, von Ray Ravons Rogers-San Francisco. (*Journ. of Amer. med. Assoc.* 1. Nov. 1902.) Nach Verfassers Ansicht wird Skorbut durch Mikroorganismen weder hervorgerufen noch unterhalten, obschon diese ein begünstigendes Moment für die Krankheit abgeben können. Die direkte Ursache liegt in der Entwicklung jenes Zustandes in den Geweben, der als Sauerstoffmangel bekannt ist. Alles, was die Bildung von Säuren in den Geweben hemmt und die Alkalescenz des Blutes und der Lymphe erhöht, wirkt der Entstehung oder der Fortdauer des Skorbut entgegen und ist seiner Heilung am förderlichsten. *Levor-Frankfurt a. M.*

Ein Fall von Skorbut bei einem Säugling, von D. Young-Newcastle-upon Tyne. (*Lancet.* 7. Febr. 1903.) Bei einem vier Monate alten Kinde, welchem wegen hartnäckigen Erbrechens die Milchnahrung auf ärztlichen Rat entzogen wurde, entwickelten sich zehn Tage später Petechien, Schwellung des Zahnfleisches und Melaena. Nach Beseitigung dieser Erscheinungen starb das Kind drei Wochen später an Masern und Bronchopneumonie. An den Knochen wurde nichts Abnormes gefunden.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Traumatische Entzündungen.

Ein neues Verfahren bei Unguis incarnatus, von O. Deraucourt. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 52.) Der Verfasser operiert seit vier Jahren alle Fälle von Unguis incarnatus in folgender Weise: Nach Einleitung der lokalen Anästhesie nach Oberst wird die Hautfalte über der Nagelwurzel in der Mitte inzidiert, zwischen Nagelbett und Nagel ein Spatel eingeführt, der Nagel unter ziehenden und drehenden Bewegungen extrahiert und der Nagelfalz in allen seinen Teilen mit dem Thermokauter zerstört. Das Verfahren hat den grofsen Vorteil, dafs die Vernarbung schon nach acht Tagen vollendet ist; ein Rezidiv hat der Verfasser nie beobachtet.
Götz-München.

Klinische und pathologische Studie über Verbrennungen, von A. Ravogli. (*Cincinnati Lancet-clinic.* 20. Sept. 1902.) Von 88 Fällen der verschiedensten Arten von Verbrennungen, welche R. in den Jahren 1900 und 1901 beobachtete und hier nach Ursache, Sitz, Alter des Patienten und Dauer der Behandlungszeit (1—10—100 Tage) tabellarisch zusammenstellt, betrafen 56 Männer und 32 Frauen. Sechs Todesfälle traten als Folge der Verbrennung auf, was R. als ein befriedigendes Resultat bezeichnet. Aus seinen pathologischen Untersuchungen ergibt sich, dafs bei der Verbrennung verschiedene Faktoren auf den Allgemeinorganismus als Krankheitselemente einwirken: 1. die Produkte der Verbrennung der organischen Substanzen, welche resorbiert werden können, 2. der Mangel der secernierenden Tätigkeit der Haut durch die Koagulation des Fibrins im Bindegewebe der Haut, 3. die Bildung von giftigen Substanzen aus den Abfallprodukten der verbrannten Hautteile, und 4. die Verände-

rungen in den Blutkörperchen, welche ungeeignet geworden sind, ihre Funktionen zu erfüllen und in die verschiedenen Organe verschleppt werden, wo sie Embolien und sekundäre Entzündungsprozesse verursachen. Bezüglich der Behandlung rät R. für den ersten Grad der Verbrennung nur Applikation trockenen Pulvers, wie Bismut. subnitr., Alumin. ust., für den zweiten Grad Eröffnung der Blasen mit Ölverbänden, für den dritten Grad besonders das kontinuierliche Wasserbad (nach Hebra), in Fällen, wo dieses nicht angewendet werden kann, empfiehlt er ein Bad mit 2%iger Lösung von Na bicarbon. oder 1—2%ige Karbolbreiumschläge, um die Abstofsung der gangränösen Teile zu beschleunigen, und dann Jodoform-, Aristolpulver oder Salbenverbände. Die im übrigen sehr lesenswerte Arbeit R.s bringt keine wesentlich neuen Tatsachen zur Pathologie und Therapie der Verbrennungen. *Stern-München.*

Ein Fall von schwerer Verbrennung mit hydriatischen Bemerkungen zur Behandlung der Brandwunden, von Friedrich Grosse. (*New Yorker med. Wochenschrift.* 1902. No. 10.) An der Hand eines Falles tritt Verfasser für die hydriatische Behandlung von Verbrennungen ein. Die feuchten Verbände sind antiseptisch wirksamer, saugen das Sekret gut auf, reduzieren die Sekretmenge, alterieren weniger das Protoplasma. Destilliertes Wasser ist dabei nicht zu empfehlen. Differente Heilmittel, starke Konzentrationen sind zu vermeiden. Chinosol (0,5%), Sol. Alum. acet. (1 : 20), Zinc. chlor. (1 : 600), Borsäure (1%) zieht Verfasser vor; Karbol und Sublimat sind zu verwerfen. Häufiger Wechsel der nicht zu feuchten Gasekompressen ist nötig; dieselben sind sorgsam mit impermeablem Stoff zu decken. Rubberdam ist sehr brauchbar. Die Temperatur des Umschlages mufs 20—22° C. betragen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Weitere Beiträge zur Lehre von den Verbrennungen, von St. Weidenfeld. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 47.) Genaue Beobachtungen und Messungen haben ergeben: Es besteht bei Verbrennungen eine Abhängigkeit der Zeit zwischen Verbrennung und Tod von der Ausdehnung der verbrannten Körperoberfläche. Je ausgedehnter diese ist, desto schneller tritt der Tod ein. Schon die Verbrennung von $^1/_8$—$^1/_{10}$ der Körperoberfläche ist von ominöser Bedeutung. Das gilt alles von Verbrennungen dritten Grades. Die Beobachtungen bei Verbrennungen zweiten Grades lehren aber, dafs es sich weniger um die Ausdehnung, als um die Masse der verbrannten Haut handelt. Die Verbrannten sterben, wenn nur der zweite Grad vorliegt, viel später, als die in gleicher Ausdehnung Verbrannten dritten Grades. Die Beobachtungen an Kindern, die ja relativ eine viel gröfsere Körperoberfläche haben, sprechen auch dafür, dafs die Masse des Gewebes von Bedeutung ist. — Für eine Intoxikation als Todesursache spricht auch das zuweilen eintretende toxische Erythem. Tieren unter allen Kautelen intraperitoneal oder subcutan implantierte verbrühte Haut, ebenso wie andere Muskulatur etc., wirkte totbringend.

Diese Beobachtungen führen zu dem Versuche, die verbrannte Haut am Menschen abzutragen. Verfasser tat es mit dem Thierschschen Messer. Die Operation ist wenig schmerzhaft. Es wird blutendes Gewebe bloſsgelegt. Bei einer Patientin, die beinahe die Hälfte der Körperoberfläche verbrannt hatte und komatös war, trug Verfasser die ganze erkrankte Haut ab. Patientin erholte sich und lebte noch fünf Tage, während sie nach der Ausdehnung der Verbrennung schon viel früher hätte sterben müssen. Die Verlängerung des Lebens, selbst Erhaltung desselben, gelang auch in anderen Fällen, besonders wenn man noch Kochsalzinfusionen hinzufügte. Ist die Körperoberfläche in zu grofser Ausdehnung verbrannt, kommt der Patient erst spät zur Behandlung, dann ist ein Erfolg kaum zu erwarten. Sonst aber ist die Exstirpation mit Infusion stets zu versuchen. Diese Erfolge beim Menschen beweisen auch, dafs der Verbrennung eine Intoxikation zu Grunde liegt und das giftige Prinzip in der

verbrannten Haut selbst gesucht werden muſs. Bei kleiner Resorptionsfläche werden die geringen Giftmengen paralysiert. Gröſsere Mengen werden im Körper zurückgehalten und häufen sich auf, wozu die begleitende Anurie oft noch etwas beiträgt. Die Kochsalzinfusionen verdünnen die Gifte und befördern ihre Ausscheidung, es müssen aber groſse Mengen, etwa gleich der Menge des Blutes, infundiert werden. Bei Verbrennungen bis zu $^1/_6$ der Körperoberfläche werden Infusionen allein genügen. Sonst ist eine Kombination mit der Exstirpation notwendig. So kann man die Patienten bis zum Stadium der Eiterung bringen, die dann natürlich neue Gefahren bedingt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die forensische Beurteilung der sogenannten Röntgenverbrennungen, von G. Holzknecht-Wien. (*Fortschr. f. Röntgen.* VI. Heft 3.) Es gibt kein zweites gerichtlich medizinisches Gebiet, wo solche Unklarheit besteht, trotzdem die Grundlagen der Beurteilung völlig klar liegen und vollkommen erschöpfend dargestellt sind, wie die Beurteilung von Röntgenverbrennungen. Bei der zu therapeutischen und zu diagnostischen Zwecken vorgenommenen Bestrahlung des menschlichen Körpers mit Röntgenlicht kann spezielle Sachunkenntnis im ersteren Falle sehr leicht, im letzteren weniger leicht zu mehr oder minder schweren, teils langdauernden, teils irreparablen Schädigungen führen. Wir haben diesbezüglich drei Möglichkeiten zu unterscheiden: 1. die Schädigung im Bereich der absichtlich bestrahlten Haut durch absolute Überdosierung, 2. Schädigung an einer unabsichtlich bestrahlten Stelle durch ungenügenden Schutz der nicht zu bestrahlenden Haut, 3. Schädigung des betroffenen Individuums durch Entstehen einer sekundären Allgemeinerkrankung infolge allzu ausgedehnter, gleichzeitiger Röntgenreaktionen. Zur Illustration fügt Holzknecht einige typische Fälle von gerichtlichtlich ausgetragenen Röntgenverbrennungen an, die die Ratlosigkeit der Personen und Körperschaften erkennen lassen, welche bisher berufen waren, den Richter mit ihrem Rat zu unterstützen. (Schluſs folgt.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Über artificielle Hautgangrän, von Alfred Gross-Kiel. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1902. Bd. 75.) G. berichtet aus Quinckes Klinik über einen interessanten Fall eines 19jährigen Dienstmädchens, das neben zahlreichen, unregelmäſsigen Narben verschiedene gangränöse Stellen am Körper zeigte, und wo die Diagnose lange zweifelhaft war zwischen der multiplen neurotischen Hautgangrän und einem Artefakt, bis Patientin gestand, daſs sie stets rohe Salzsäure zur Erzeugung der „Stellen“ benutzt habe. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die durch Primula obconica erzeugte Hautkrankheit und über einen durch Primula sinensis verursachten Dermatitisfall, von A. Gassmann-Leukerbad (Wallis). (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte.* 1902. No. 11.) Die sog. Primeldermatitis, von der Verfasser eine Beschreibung gibt, ist gewöhnlich auf die Primula obconica zurückzuführen. Die Schädlichkeit der viel verbreiteteren Primula sinensis war bisher erst aus einem Falle bekannt. Verfasser teilt eine weitere Beobachtung mit. Bei einer älteren Dame hatten sich seit vier Jahren von Zeit zu Zeit rezidivierende Entzündungen an der Haut gezeigt. Verfasser sah sie mit einer akuten Dermatitis im Gesicht, einer ekzemartigen Affektion an den Armen und in den Interkruralfalten; die Hände und Dorsalflächen der Vorderarme waren frei. Heilung in kurzer Zeit nach Entfernung der Primeln, Behandlung mit heiſsen Bädern und Resorcinpaste. Später hatte Verfasser Gelegenheit, an der Patientin experimentell die Schädlichkeit der Primula sinensis festzustellen. Er faſst seine Beobachtungen wie folgt zusammen:

1. Die Primula sinensis kann, ebenso wie die obconica, Dermatitis erzeugen.
2. Das Gift ist im Sekret der Drüsenhaare enthalten und wohl kein flüchtiger Stoff.

3. Zur Erzeugung des Ausschlags ist direkte Berührung mit der Pflanze nötig.

4. Der Ausschlag kann sowohl unter dem Bilde einer akuten Dermatitis, als demjenigen eines chronischen, Monate und Jahre dauernden Ekzems in Erscheinung treten.

5. Bei jedem an den unbedeckten Körperstellen lokalisierten, mit Jucken oder Brennen einhergehenden flächenhaften Hautkatarrh (namentlich der Frauen) hat der Arzt auch an Dermatitis durch Primula obconica oder sinensis zu denken.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Über die sogenannten scarlatiniformen Serumexantheme bei Dyphtherie, von KARL LEINER. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 43.) Die Abgrenzung der scarlatiniformen Serumexantheme von der Scarlatina ist oft sehr schwierig. LOBLIGEOIS behauptete, dafs die positive Diazoreaktion mit Sicherheit für Scharlach spricht. Verfasser kann dieses in keiner Weise bestätigen. Er kann auf Grund seiner Beobachtungen überhaupt diese scarlatiniformen Serumexantheme als solche nicht anerkennen. In seinen genau beobachteten Fällen handelte es sich, wie sich schliefslich herausstellte, stets um echte Scarlatina. Die Erytheme treten bei Dyphtherie in den ersten fünf Tagen nach der Injektion auf, gingen mit hohem Fieber einher, waren von lamellöser Schuppung, oft auch später von Nephritis gefolgt. Kinder desselben Zimmers erkrankten an Scharlach. Exanthem und Schuppung gingen oft von der Injektionsstelle aus, was an das Verhalten bei Wundscharlach erinnert. Brachte man die Kinder nach der Scharlachabteilung, dann wurden sie dort nicht infiziert. Bei einem Kinde trat aufser dem Scharlachexanthem am elften Tage nach der Injektion noch eine typische Serumurticaria auf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über diabetische und arthritische Dermatosen, von S. EHRMANN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 43.) Die deutsche Schule unterschätzt vielfach die Bedeutung diabetischer Dermatosen. Ein Arbeiter aus einer Hefefabrik zeigte eigentümliche pustulöse Ekzeme (wo? d. Ref.). Auf Einreibung mit Hefepilzen konnte man bei ihm ein gleiches Ekzem erzeugen, während es bei anderen Personen nicht gelang. Der Mann erwies sich als Diabetiker. Gar manche Ekzeme an den Genitalien der Frauen und Männer lauten auf Diabetes. Häufiger Sitz sind auch Hände und Füfse, besonders die Volarseiten. Die Ekzeme sind scharf begrenzt, die Haut ist verdickt, schuppt, zeigt kleine Risse. Es kann an den Genitalien auch bei Diabetikern Vaginitus und Pruritus ohne Ekzem vorhanden sein. Auch universelle Ausschläge kommen vor. An Druckstellen, wo Knöpfe, Bänder etc. sitzen, sieht man Rötungen, die sich in nässende Stellen verwandeln. Therapeutisch kommen in Frage kohlenhydratfreie Diät, Borsalben, Ichthyol- und Petrosulfolpasten. Interessant sind folgende Fälle: Ein Patient bekommt einen Knoten am Penis ohne Folgeerscheinungen. Das wiederholte sich nach vielen Jahren noch zweimal. Dann gesellte sich ein scharf umgrenztes Ekzem von Hand- und Fufssohlen hinzu. Patient erwies sich als Diabetiker. — Ein anderer Patient zeigte Erscheinungen, ähnlich einem pustulösen Syphilid, neben einer scharf begrenzten Infiltration am Penis. Als Ursache erwies sich Diabetes. Zwei Jahre später acquirierte Patient zweifellose Lues. — Die diabetischen Dermatosen entstehen auf verschiedenen Wegen. Die Veränderung der Gewebsflüssigkeit in Verbindung mit äufseren Schädlichkeiten mechanischer, chemischer, thermischer, mikrobiärer Natur rufen viele Dermatosen hervor. Die primäre diabetische Gangrän beruht im Grunde auf Gefäfsveränderungen. Die arthritischen Dermatosen ähneln sehr den diabetischen. Trockenheit und Brüchigkeit der Epidermis, grofse Empfindlichkeit gegen chemische Reizung sind nicht in gleichem Mafse vorhanden. Die erkrankten Bezirke sind kleiner. Fufssohlen und Fufsrücken sind bevorzugt; man findet kleine Bläschen auf geröteter Haut, zentrifugal fortschreitend, zentripetal heilend. Ähnliche

Plaques treten am Unterschenkel oder auch über den ganzen Körper verbreitet auf. An den Händen sind besonders die Interdigitalfalten ergriffen. Die Kombination der Psoriasis mit arthritischen Diathesen ist nicht selten, ohne dafs erstere letzteren zuzuzählen wäre. Die üblichen äufseren Heilmittel (Teer, Chrysarobin, Pyrogallus), ebenso wie das intern gereichte Jod werden in solchen Fällen oft schlecht vertragen. Therapeutisch sind bei arthritischen Dermatosen Umschläge mit 1—2 %igen Resorcinlösungen, Ol. Ruse. mit Ol. olivar., darüber Borsalbe, Petrosulfol, zu empfehlen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen Fall von konservativer Behandlung diabetischer Gangrän, von Hartmann-Kassel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 19.) Der 43jährige diabetische Patient kam mit einem putriden, von gangränösem Gewebe bedeckten Eiterherde unter dem linken Grofszehenballen, entstanden wahrscheinlich aus einem vereiterten und perforierten Schleimbeutel unter einem Hühnerauge, in des Verfassers Behandlung. Trotz Entfernung des Eiterherdes und Beseitigung aller verdächtigen Taschen dehnte sich die Gangrän auf die freigelegten Weichteile des Fufses aus. Durch Spaltung der Sehnenscheiden und Entfernung der erkrankten Knochen- und Sehnenpartien gelang es nach geraumer Zeit, die Gangrän zum Stillstand zu bringen und schliefslich Heilung zu erzielen. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Ein Fall von schwerer Dermatitis nach Merkurialsalbe, von Lawrence E. Holmes-Biltmore. (*Phil. med. Journ.* 15. Nov. 1902.) Einer 27jährigen Negerin wurde wegen Schwellung der Cervikaldrüsen nach vorausgegangener Halsentzündung Belladonna- und Hg-Salbe zu gleichen Teilen, abends auf die Drüsengegend einzureiben, verordnet. Nach zweimaliger Anwendung entstand ein Bläschenausschlag an Nacken, Brust und Schulter; die Haut war hier dunkelrot, ödematös und druckempfindlich, das Gesicht geschwollen, die Augen tränten stark. Am nächsten Tage war der Ausschlag am Nacken verschwunden, aber ein ähnliches Exanthem war am rechten Oberschenkel und Knie erschienen. Am dritten Tage war nur noch eine geringe Schuppung zu bemerken. — Eine ähnliche Empfindlichkeit gegen Hg beobachtete Verfasser bei einem jungen Manne, dem wegen einer geringfügigen Rifswunde am Daumen eine in Sublimatlösung 1 : 2000 getränkte Kompresse als Verband angelegt war. Es trat ein vesikulärer Ausschlag auf, der sich trotz Aussetzen des Sublimats auf die ganze Hand und den Unterarm fortsetzte und die Oberhaut wie nach einer Verbrennung in grofsen Blasen ablöste. *Levor-Frankfurt a. M.*

Neurotische Entzündungen.

Über Prurigo lymphatica, von A. Buschke-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 47.) Verfasser teilt mehrere Beobachtungen mit, bei denen im Zusammenhang mit Hyperplasie lymphatischen Gewebes eine prurigoartige Hauterkrankung aufgetreten war. In einem Falle handelte es sich wahrscheinlich um eine Pseudoleukämie, in zwei anderen um Milztumoren nach Malaria. Aus der Literatur erwähnt Verfasser noch einige dem ersten ähnliche Fälle und einen Fall, bei dem allein Lymphdrüsenvergröfserung ohne Milztumor bestand. Allen diesen Fällen gemeinsam ist die Hautaffektion, die durchaus, in ihren primären Efflorescenzen sowohl wie in den sekundären Hautveränderungen und in dem subjektiven Symptom des Juckens, der Prurigo gleicht, von ihr sich nur durch das Auftreten im späteren Lebensalter und durch die mehr diffuse Ausbreitung unterscheidet. — Diese Beobachtungen legen den Gedanken nahe, dafs es sich bei der Prurigo Hebrae möglicherweise um eine originäre Erkrankung des Blutes, resp. der mit dem Blut in Zusammenhang stehenden Organe handeln könnte. Aber diese Hypothese bedarf erst noch der Beweise. Verfasser will seine

Mitteilung auch durchaus nicht als etwas Feststehendes aufgefafst wissen, sondern nur eine Anregung zu weiteren Untersuchungen geben. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Über Erythromelalgie bei Syringomyelie des Cervikalmarks, von Taubert-Cassel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 3.) Mitteilung der Krankengeschichte eines jungen Mannes, bei dem der Symptomenkomplex der Erythromelalgie ausgeprägt war. Der Verlauf lehrte, dafs der Erythromelalgie in diesem Falle nicht die Bedeutung einer selbständigen Erkrankung zukam, sondern dafs das Grundleiden ein zentrales, nämlich eine Syringomyelie, war. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Zona ophthalmica fronto-nasalis, von Camille Fromaget. (*Ann. policlin.* Juli 1902,) Der mitgeteilte Fall ist ein typischer Herpes zoster ophthalmicus. Die Hauterscheinungen sind bereits in der Vernarbung, auf der Cornea sitzt ein grofses Geschwür, die Cornea ist unempfindlich, die Patientin leidet unter heftigen Neuralgien der erkrankten Seite. Im günstigsten Falle heilt das Geschwür der Cornea mit Hinterlassung eines Leukoms und Beeinträchtigung der Sehkraft durch Astigmatismus irregularis aus. Verfasser macht auf die Gefahren aufmerksam, die dem Auge noch drohen, und gibt die Richtschnur für die Therapie an, um diesen Gefahren zu begegnen.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Die Pathologie des bei akuter croupöser Pneumonie entstehenden Herpes labialis und nasalis und des Körpers sonst, sowie dessen Beziehung zum sogenannten Herpes zoster, von W. T. Howard-Cleveland. (*Amer. Journ. med. science.* Febr. 1903.) Es wird hier eingehend berichtet über den klinischen Verlauf und anatomischen Befund bei zwei an typischer akuter Pneumonie zu Grunde gegangenen Patienten, welche ausgesprochenen Herpes, das eine Mal an der linken Seite entsprechend dem sechsten Dorsalgebiet, das andere Mal an der Nase und Oberlippe, links mehr als rechts, entwickelt hatten. Die an Serienschnitten ausgeführte histologische Untersuchung ergab im ersten Fall am spinalen Wurzelganglion der entsprechenden Seite Hyperämie und Hämorrhagien, sowohl in der Kapsel als auch an einem kleinen Teile des interstitiellen Gewebes, nebst zelliger Infiltration in der Umgebung einiger degenerierten Ganglienzellen, und das Vorhandensein von hyalinen und amyloiden Körperchen in einem anderen Stück des Ganglions. Bei dem zweiten Falle (Herpes labialis et nasalis) fanden sich im Ganglion Gasseri beiderseits ausgedehnte Veränderungen von verschiedener Intensität in ähnlicher Art wie beim ersten Falle. Diese Läsionen stimmen ziemlich genau überein mit den von anderen Autoren bei Herpes zoster beschriebenen. Bekanntlich sind die Veränderungen an der Haut bei beiden Formen die gleichen, und man wird demnach am richtigsten die Herpesarten einteilen nach ihrer Ätiologie, sei es als Folge von Toxinen bei Pneumonie, Meningitis cerebro spinalis etc., sei es von Giften, wie Kohlenoxyd und Arsenik, oder als spezielle Infektion sui generis resp. als Herpes simplex labialis und genitalis.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Akute Exantheme.

Über einige Verhältnisse, durch welche exanthematische Ausschläge beeinflufst werden, von J. Reid-London. (*Lancet.* 21. März 1903.) Als Momente dieser Art führt R. folgendes an: Die Haut ist, nachdem sie ein entzündliches Stadium durchgemacht hat, eine Pars minoris resistentiae; ferner kommt es vor, dafs die zymotische Krankheit einen schon von Rheumatismus oder Gicht geschwächten Organismus, wobei Ausschläge öfters auftreten, befällt, und schliefslich sind lokale Abnormitäten im stande, Ausschläge zu begünstigen oder direkt herbeizuführen. Verfasser führt einige nicht uninteressante Beispiele an. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Diagnose der exanthematischen Fieber aus der Untersuchung des Leukocytengehaltes des Blutes, von J. Courmont-Lyon. (Quelle nicht angegeben.) Anschliefsend an seine frühere Veröffentlichung der Mononukleose bei Variola berichtet C. weiter über das Verhältnis der Leukocyten bei dieser und anderen fieberhaften Erkrankungen. Für erstere lieferte ihm die Epidemie im Jahre 1900 reichliches Material mit 912 Beobachtungen. Die Ergebnisse sind folgende: Bei Pocken findet sich stets eine Hyperleukocytose schon zur Zeit des ersten Anfangsexanthema, am stärksten aber ist sie im Stadium der Pustelbildung, alsdann in abnehmender Intensität. Bei tötlich verlaufenden Fällen zeigt diese Hyperleukocytose auch eine Verminderung, ohne aber ganz zu verschwinden. Dabei ist durchaus charakteristisch, dafs es sich immer um die einkernige Form handelt, während die vielkernigen neutro- und eosinophilen Zellen um reichlich 50% vermindert sind. Kurz gesagt, es entsteht eine Mononukleose und dabei aufserdem eine gewisse Anzahl von Myelocyten und kernhaltigen, roten Blutkörperchen. In dieser Hinsicht besteht eine ausgesprochene Ähnlichkeit mit myelogener Leukämie. Bei Kindern, bei denen die Mononukleose die Norm ist, genügt immerhin schon der Nachweis von Myelocyten. Auch der Eiter in den Pockenpusteln unterscheidet sich scharf von dem in etwaigen komplizierenden Abscessen und Furunkeln der Spätperiode, indem letztere eine Polynukleose aufweisen, während erstere sich den Pockencharakter bewahren. Offenbar spielen bei ihnen die pyogenen Mikroorganismen der Haut keine Rolle.

Bei Schutzpockenimpfung war keine der Variola entsprechende Blutveränderung zu konstatieren, und über Varicellen sind weitere Untersuchungen noch nötig. Bei Masern fand C. regelmäfsig eine Vermehrung der Leukocyten in mäfsigen Grenzen, indem die mehrkernigen neutrophilen vermehrt waren; nie aber fand er Myelocyten oder kernhaltige, rote Blutkörperchen. Desgleichen ist Scarlatina von Pocken bestimmt durch das Fehlen dieser beiden Formen und der einkernigen Leukocyten zu unterscheiden. Auch gegenüber anderen Erkrankungen, puerperaler Septikämie und Pseudorheumatismus, bewährte sich das Merkmal.

Zur Untersuchung genügt das Zählen im ganzen mit dem Apparat von Hayem und Nachet unter Verwendung von angesäuertem Serum; alsdann qualitatives Zählen an getrockneten Präparaten, welche mit Eosin-Hämatin (Fixieren mit Alkoholäther) und Triessigsäure nach Ehrlich (Fixieren bei 115°) und Thionen (Fixieren mit Alkoholäther) behandelt sind. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Bierhefe bei der Behandlung der mit Exanthemen verbundenen Infektionskrankheiten bei den Strepto- und Staphylokokken, von Presta und Tarruella. (*Riv. Ibero-Americana de Ciencias med.* 1902. No. XVI.) Die Anwendung der Bierhefe hat den Verfassern ein mehr oder weniger günstiges Resultat geliefert bei Furunkulose, Pneumonie, Gastroenteritis, Leukorrhoe, Ekzem, Lichen simplex etc. Ebenso haben sie eine gute Wirkung konstatiert bei Variola, Masern, Scharlach.

C. Müller-Genf.

Die Bierhefe bei der Behandlung der akuten Exantheme und des Erysipel. (*Rivista critica di Clinica med.* 1902. No. 46.) Nach den Erfahrungen einer gröfseren Anzahl von Autoren entfaltet die Bierhefe (4—6 Kaffeelöffel voll innerhalb 24 Stunden, trockenes Präparat) eine aufserordentlich günstige Wirkung bei Variola, Scharlach, Röteln, Erysipel in der Weise, dafs die Krankheitsdauer nicht unbeträchtlich abgekürzt und die Intensität der Symptome stark vermindert wird.

C. Müller-Genf.

Einige Beobachtungen über Scharlach, von Philipp Newcomb-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Febr. 1903.) Kurze Betrachtung über die Scharlachepidemie, welche vom April 1901 bis Ende März 1902 währte und aufserordentlich gutartig

verlief (auf 1753 Fälle 87 Todesfälle = 5% Mortalität). Die Hauteruption zeigte in allen beobachteten Fällen, wovon einige beschrieben werden, eine gleichmäfsig diffuse Röte mit kleinen, punktförmigen, darüberliegenden Flecken, hatte aber nie das Aussehen von wirklichen Flecken. Das konstanteste Zeichen der Krankheit, die Himbeerzunge, war in allen Fällen vorhanden. N. führt sodann an, wie grofse Ähnlichkeit bei dieser Epidemie viele Fälle mit Dukes' sog. vierter Krankheit hatten. Mit der Gutartigkeit dieser Epidemie hängt es wohl zusammen, dafs Komplikationen, wie Nephritis, Otitis, Endocarditis, Pneumonie, Gelenksaffektionen, nicht auftraten. Bezüglich der Therapie, welche N. befolgte, sei noch erwähnt, dafs er nach dem Fieberabfall mit Vorliebe Pilokarpin zur Anregung der Diaphorese, im Verein mit warmen Packungen, und dann Salol oder eine Mischung von Schwefelsäure mit Chinin und Tinct. Strychni gibt; zur Linderung des Juckgefühls während der Desquamation dienen Cold-cream und Teersalbe. *Stern-München.*

Das Mikroskop in der Diagnose des Scharlachfiebers, von W. K. Jaques-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 1902. No. 23.) Verfasser hat sich vier Jahre lang eingehend mit dem Studium des Scharlach-Diplococcus von Class beschäftigt und ist zu der Überzeugung gekommen, dafs dieser Diplococcus der Erreger des Scharlachfiebers ist. Er wird in jedem Falle von Scharlach gefunden; bei Personen, die Scharlach bereits überstanden haben, vermag er nur eine Angina zu erzeugen. Vom Staphylococcus albus unterscheidet er sich durch die Art seines Wachstums: für Tiere scheint er nicht pathogen zu sein. — Wenn ein Kind noch nicht Scharlach gehabt hat, und die klinischen Symptome (Angina, Erbrechen, hohes Fieber) sind da, so entscheidet eine rasch wachsende Kultur des Class-Coccus, von den Tonsillen gezüchtet, die Diagnose in positivem, das Ausbleiben des Wachstums sie in negativem Sinne. In einer Anzahl von Fällen hat die Kultur die Art der Krankheit noch vor Ausbruch des Exanthems entschieden, so dafs die Patienten isoliert und die Umgebung geschützt werden konnten. In anderen Fällen war das Exanthem da, aber die klinischen Symptome zweifelhaft, hier erwies die Abwesenheit des Coccus, dafs nicht Scharlach vorlag. Bei Mischinfektionen, wo Scharlach- und Diphtheriekeime zugleich vorhanden sind, ist das Mikroskop von lebensrettender Bedeutung, da die stärker vorherrschenden Scharlachsymptome die der Diphtherie verdunkeln können. — Vorläufig, solange noch kein Tier bekannt ist, für das der Class-Coccus pathogen ist, ist die Hoffnung, ein wirksames Antitoxin zur Behandlung des Scharlachfiebers herzustellen, gering. Die in Deutschland versuchte Methode, aus dem Blut von Scharlachrekonvalescenten ein Serum zu gewinnen, ist wegen der Möglichkeit der Übertragung von Syphilis und anderen Krankheiten nicht aussichtsreich. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Über die Diffundierbarkeit des Scharlachvirus, von J. Sutherland-Netherfield. (*Lancet.* 10. Jan. 1903.) Verfasser führt aus, dafs es sehr gut möglich ist, durch Isolierung des Patienten die anderen Mitglieder einer Familie vor der Infektion zu bewahren. Er hat dies bei einer Arbeiterbevölkerung unter verhältnismäfsig schwierigen Umständen in 48 Familien zu seiner vollsten Zufriedenheit durchgeführt. Trotzdem die Mutter der Kranken neben dem Pflegedienst während der sechs- bis siebenwöchigen Daner der Infektiosität auch ihre sonstigen häuslichen Obliegenheiten erfüllte und somit mit den anderen Mitgliedern der Familie stets in Berührung kam, erkrankte kein weiteres Kind. Verfasser glaubt demnach nicht an eine Übertragung des Scharlachgiftes auf indirektem Wege durch gesunde Zwischenpersonen und durch Gegenstände. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Kontagiosität und die Prophylaxe der Scarlatina, von Martucci. (*Rivista med.* 1903. No. 1.) Verfasser weist auf eine Reihe von Symptomen hin, die er auf Grund seiner Erfahrungen als konstante erklärt: plötzliches Einsetzen der

Krankheit; Rötung der Zunge, besonders an der Spitze, Blafsbleiben der Stirn der Umgebung der Nase; Schmerzhaftigkeit der Unterkiefergegend mit Lymphdrüsenschwellung (meist links). Er ist überzeugt, dafs durch strengste Isolierung des ersten Falles und einfache Desinfektion der mit dem Patienten in Berührung gekommenen Gegenstände jedes Umsichgreifen einer Epidemie verhindert werden kann.

C. Müller-Genf.

Der Nutzen der Isolierung der Scharlachfälle in Hospitälern, von S. Cameron. (*Brit. med. Journ.* 1. Nov. 1902.) Es unterliegt keinem Zweifel, dafs die weitaus gröfste Zahl der Scharlachpatienten, soweit sie insbesondere der arbeitenden Klasse angehören, unter günstigeren Bedingungen in Hospitälern als zu Hause untergebracht sind. Nur mufs man sich hüten, solche Fälle dorthin zu bringen, bei denen die Krankheit zweifelhaft ist. Auf eine frühzeitige, sichere, einwandsfreie Diagnose kommt es sehr viel an. Bei Epidemien ist eine Überfüllung der Hospitäler strengstens zu vermeiden, und wenn möglich sind die leichteren von den schweren Fällen zu trennen. Die Entlassung der geheilten Patienten geschehe nicht zu frühzeitig, weil manche noch eine Zeitlang einen gewissen Grad von Infektiosität in sich bergen, der zu Rückfällen Anlafs geben oder zur Weiterverbreitung beitragen kann. *C. Berliner-Aachen.*

Ein interessanter Scharlachfall, von Reinige-Waldbröl. (*Reichs-Med.-Anzgr.* 1903. No. 7.) Es handelt sich um eine abnorm verlaufende, zweifellose Scarlatina bei einer wegen paranoischer Gröfsenideen in der Waldbröler Irrenanstalt befindlichen Arbeiterin von 50 Jahren. An Stelle des meist zehn Tage andauernden febrilen Zustandes bestand hier nur 24 Stunden Fieber, ebenso kurz nur hielt auch das Exanthem, und dasselbe endete nicht mit Abschuppung grofser Lamellen, sondern kleinster Schüppchen. Erst nach Verschwinden von Fieber und Ausschlag stellte sich die charakteristische Angina ein. Am zweiten Krankheitstage gesellte sich zu den übrigen Anfangserscheinungen eine schwere hämorrhagische Nephritis, die aber schon nach nur einer Woche spurlos verschwunden war. Die Quelle der Infektion blieb absolut dunkel, es erfolgte auch keine Übertragung des Scharlach auf Nachbarkranke, obwohl im betreffenden Krankenraum zwölf Patientinnen untergebracht waren.

Hopf-Dresden.

Bemerkung zum „Rezidivieren" von Scharlachfällen, von A. B. Sloan-London. (*Lancet.* 14. Febr. 1903.) Mit Bezug auf die von Fraser mitgeteilte Beobachtung berichtet S., dafs in den Berichten der Londoner Behörden aus den Fieberhospitälern vom Jahre 1901 unter 14143 Scharlachfällen 154 oder 1,09% Rückfälle erwähnt sind. Seiner Meinung nach ist es hierbei richtiger, von einer Reinfektion als von einem Rezidiv zu reden. Ferner weist er darauf hin, dafs manche Patienten mit einer abortiven Attacke aufgenommen werden; wenn sie dann einige Zeit später voll ausgebildeten Scharlach entwickeln, ist man geneigt, die erste Attacke nicht als solche anzuerkennen. Nach der Feststellung der relativen Häufigkeit der Wiederholung resp. des Rezidivierens wird man auch diese Fälle als eine zweifache Scharlacherkrankung anerkennen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Scharlach mit interessantem Rezidiv, von H. Fraser-Aberdeen. (*Lancet.* 29. Nov. 1902.) Derselbe betraf einen 20jährigen Burschen, welcher mit völlig ausgesprochenem Scharlach aufgenommen wurde, einige Tage fieberte, abschuppte, am 13. Tage nach der Aufnahme das Bett verliefs und nach weiteren sechs Tagen mit Diarrhoe, Erbrechen, punktförmigem Ausschlag und Fieber eine zweite Attacke erlitt, welche ihn 8—14 Tage bettlägerig machte und mit Albuminurie und sonstigen Symptomen sich als echter Scharlach dokumentierte. Verfasser erklärte das Rezidiv einerseits durch das frühzeitige Aufstehen, andererseits als eine Autointoxikation bei einem Patienten mit nur kurzdauernder Immunität. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zum fünften Male Scharlachfieber, von Everard. (*Brit. med. Journ.* 25. Okt. 1902.) Verfasser wurde im September 1901 zu einem kleinen Mädchen gerufen, das sich bei der Tante aufhielt, und konstatierte Scharlach. Die Patientin wurde isoliert und nur von der Tante gepflegt. Vier Tage später erkrankte die letztere und deren zehnjährige Tochter an Scharlach, und zwar die Tante zum fünften, die Tochter zum zweiten Male. Die erste Attacke bei der Tante, die sie als Kind im Alter von $2^1/_2$ Jahren durchmachte, soll mit Schafpocken und Masern gleichzeitig kombiniert gewesen sein. *C. Berliner-Aachen.*

Zum fünften Male Scharlachfieber, von Th. Fielding. (*Brit. med. Journ.* 24. Jan. 1903.) Ein Schmied bekam innerhalb von 12 Jahren fünfmal Scharlachfieber, das erste Mal erkrankte er zur Zeit einer Epidemie mit allen typischen Scharlachsymptomen. Die anderen vier Attacken erregten jedoch hinsichtlich der Diagnose mancherlei Zweifel. Der Patient war ein starker Potator, und es ist nicht ausgeschlossen, dafs dieser Umstand an den scharlachähnlichen Attacken schuld gewesen ist. *C. Berliner-Aachen.*

Bemerkungen zur Scharlach- und Diphtherieniere, von O. Heubner-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 4.) H. hat in je zwei Fällen von Erkrankung der Nieren bei Scharlach und bei Diphtherie eingehende histologische Untersuchungen vorgenommen; dieselben ergaben folgendes: Bei den zwei Scharlachnieren handelte es sich um eine exquisit hämorrhagische Erkrankung mit vorwiegender Beteiligung der Glomeruli und erst sekundärer Erkrankung der Nierenepithelien, und zwar in der Hauptsache einer Degeneration und Zusammensinterung mit dem ergossenen Blute in den ersten, direkt an die Glomeruli anstofsenden Abschnitten der gewundenen Kanäle erster Ordnung. In den geraden Kanälen traf man vielfach Bildung von hyalinen Zylindern und Epithelabstofsungen, vereinzelt auch Blutungen an. Doch gehörten diese wohl vorwiegend zu den sog. spiraligen Abschnitten des Kanalsystems, während jene die Sammelröhren betrafen. Diese anatomische Veränderung der Nieren, die ganz vorwiegend und primär den Gefäfsanteil der Nierensubstanz betrifft, steht vollständig im Einklang mit den klinischen Erscheinungen der Scharlachnephritis.

Bei beiden Diphtherienieren fand sich eine primäre Degeneration der Nierenepithelien. Diese betraf beide Male nur einzelne Abschnitte des Kanalsystems und zwar in dem einen Falle ausschliefslich die Schleifenschenkel und den an den aufsteigenden Schenkel sich anschliefsenden Abschnitt des Kanalsystems, im zweiten Falle die gewundenen Kanälchen der Rinde, also die Kanälchen erster Ordnung. Die grofsen Sammelröhren waren an einigen Stellen von abgestofsenem Epithel und hyalinen Zylindern ausgefüllt. Blutungen unbedeutender Art fanden sich nur in vereinzelten geraden Kanälen. *Götz-München.*

Arthritis bei Scharlachfieber und Erysipel, von H. Marsh. (*Brit. med. Journ.* 13. Dez. 1902.) Die ganze Nummer ist Lord Lister zum 50jährigen Doktorjubiläum gewidmet. Sie enthält Artikel von verschiedenen aus- und inländischen, namhaften Autoren, unter anderen auch eine Arbeit des Verfassers über „infektive Arthritis". In derselben wird auch die Arthritis bei Scharlach und Erysipel erörtert. Bei Scharlach tritt die Arthritis in zwei Formen auf. Die eine ist klinisch vom akuten Rheumatismus kaum zu unterscheiden. Sie tritt noch zur Zeit der Blüte des Scharlachexanthems oder später während des Desquamationsstadiums auf, befällt mehrere Gelenke, verläuft im ganzen milde und ist bald wieder verschwunden.

Die andere Form ist schwerer und endigt nicht selten in Eiterung. Man kann sie als einen Teil der sekundären Sepsis oder einer allgemeinen Pyämie auffassen. Das infektiöse Agens ist hier der Streptococcus pyogenes oder der Staphylococcus.

Dasselbe ist auch bei der Arthritis im Gefolge des Erysipels der Fall. Sie ist ein Teil der Septicaemie und tritt auch wie bei dieser auf:

a) als transitorische Synovitis mit serösem Erguſs in die Gelenke und auch bisweilen in die Sehnenscheiden;

b) als eine plastische Form mit Neigung zu fibröser Ankylose. Diese Form dauert manchmal viele Wochen und Monate;

c) als akute, suppurative Arthritis, bei welcher es rasch zur Zerstörung von Gelenken kommt. *C. Berliner-Aachen.*

Beitrag zur Lichttherapie bei Scharlach. Lange Dauer der Kontagiosität bei dieser Krankheit, von E. Schoull-Tunis. (*Bull. therap.* 8. Dezbr. 1902.) Im Anschluſs an eine frühere Publikation über günstige Erfolge bei der Anwendung von rotem Lichte bei Scharlachkranken berichtet Sch. hier über vier weitere derartige Fälle. Bei drei derselben war der Verlauf der Krankheit bei einem vier- bis fünftägigen Abschluſs des Tageslichtes sehr günstig und ohne Schuppenbildung. Bei dem vierten, einem 5jährigen Knaben, wurden wegen Widerspenstigkeit des kleinen Patienten die Vorschriften sehr unvollkommen befolgt. Die Ausführung der Behandlung ist auſserordentlich einfach, indem es genügt, alle Fenster und Türen mit rotem Stoffe zu verhängen und nur eine Stearinkerze nachts zu verwenden. Im zweiten Teil seiner Mitteilung berichtet Verfasser, wie ein von Tunis nach Tripolis verschicktes Paket 13 Monate nach der Krankheit an letzterer Stelle einen Ausbruch von Scharlach augenscheinlich veranlaſste. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen mit normalem Blutserum behandelten Fall von schwerem Scharlach, von C. S. Engel-Berlin. (*Therap. Monatsh.* Septbr. 1902.) Dem therapeutischen Eingriff lag folgende theoretische Überlegung zu Grunde: Nach den Untersuchungen von Ehrlich u. a. ist anzunehmen, daſs bei einer Reihe von Infektionskrankheiten der Heilungsprozeſs sich folgendermaſsen abspielt: im normalen Blute befindet sich eine enzymartige, hitzeunbeständige Substanz, welche kein wirkliches Enzym ist, vielmehr wie ein chemischer Körper aufgebraucht werden kann und Komplement benannt wird. Dieses Komplement hat die Fähigkeit, die eingedrungenen Bakterien und sonstige Fremdkörper (von gewisser Beschaffenheit) aufzulösen und unschädlich zu machen, aber nur bei gleichzeitiger Anwesenheit des hitzebeständigen, durch Eindringen des infizierenden Krankheitserregers entstandenen Immunkörpers oder Amboceptors, welcher den wirksamen Bestandteil vom Heilserum in seinen verschiedenen Formen ausmacht. Ein Erliegen des Patienten kann bedingt sein, sowohl durch eine verzögerte Entwicklung des Amboceptors, als auch durch einen Mangel an den nötigen Komplementen, den Alexinen, im Blute. In der Annahme, daſs letzteres bei dem von ihm an schwerem Scharlach behandelten 6jährigen, dem Exitus letalis nahen Knaben der Fall sein mochte, und in Anbetracht der Erfolglosigkeit der sonstigen therapeutischen Maſsregeln, entschloſs sich Engel, 8 ccm frischen Blutserums, das (zufällig) einem an pleuritischen Schmerzen leidenden, sonst gesunden Menschen mit einem blutigen Schröpfkopf entnommen worden war, subcutan zu injizieren. Die Wirkung war eine überraschende, und der Patient genas schlieſslich völlig. Ohne von diesem einen Fall allzuweit gehende Schlüsse ziehen zu wollen, wirft Engel die Frage auf, ob das Verfahren nicht häufiger indiziert sein sollte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Behandlung des Scharlachs mit einem Scharlachstreptokokkenserum, von Paul Moser. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 41.) Aus dem Herzblut von verstorbenen Scharlachkranken züchtete Verfasser Streptokokken, immunisierte Pferde gegen dieselben und behandelte dann mit dem von letzteren gewonnenen Serum scharlachkranke Kinder. Die Mortalität wurde dadurch sehr herabgedrückt,

trotzdem gerade schwere Fälle für diese Behandlung ausgesucht wurden. Bei rechtzeitiger und ausgiebiger Injektion (30—180 ccm) bessert sich das Allgemeinbefinden rasch, das Exanthem entwickelt sich nicht voll oder schwindet bald. Puls und Temperatur fallen rapide ab; die Störungen des Zentralnervensystems verlieren sich, die Herzkraft wird gehoben. Die Angina wird günstig beeinflufst, zu tiefgehenden Zerstörungen kommt es gar nicht. Die Beeinflussung des Entstehens einer Nephritis ist zweifelhaft. Sepsis kam nicht vor. Die Krankheitsdauer wurde abgekürzt. — Normales Pferdeserum hat nicht dieselbe Wirkung. Exantheme, eine Abscedierung an der Injektionsstelle, wurden beobachtet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Antistreptokokkenserum bei Scharlach, von Adolf Baginsky. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 47, 48, 49.) Am 5. November 1902 sprach Baginsky in der Berliner medizinischen Gesellschaft über obiges Thema und berichtete, dafs er unter 701 Scharlachfällen 696 mal Streptokokken, teils allein, teils mit anderen Pilzarten zusammen, fand, ebenso an allen an Scharlach Verstorbenen, woraus er schliefst, dafs eine innige Beziehung der Kokken zum Scharlach besteht. B. zeigt darauf seine Versuche mit dem Aronsonschen Immunserum, die er an 58 Fällen anstellte, von denen nur 4,2 % starben, während vorher bei anderer Behandlung in den letzten Jahren 21,03 % starben. Während das zuerst von Aronson angegebene Serum viele schädliche Nebenwirkungen hatte, bewies sich das verbesserte als brauchbar und wirksamer, es hat zwar nicht die mächtige Wirkung, wie man es beim Diphtherieserum sieht, sondern dieselbe ist langsam, aber doch konsequent und nachhaltig. Über das Moserschen Serum fehlen B. eigene Beobachtungen, es werden ihm jedoch ausgezeichnete Erfolge nachgerühmt.

In der Diskussion betont Menzer, dafs er an dem Moserschen Serum das Prinzip der Vermeidung von Tierpassagen für das richtige hält, während er das Aronsonsche in mehreren Fällen wirkungslos sah. Aronson hält sein Serum für entschieden gut, während er am Moserschen die genaue „Wertigkeitsbestimmung" vermifst.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Antistreptokokkenserum bei Scharlach, von Paul Moser-Wien. **Bemerkungen zu dem vorstehenden Artikel**, von A. Baginsky und von Hans Aronson. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. No. 1.) Moser betont, dafs die Untersuchungen Baginskys, der in allen Organen konstant Streptokokken gefunden hat, von seinen Resultaten abweichen, ebenso wendet er sich gegen die Behauptung Aronsons, der die Agglutinationsfähigkeit der Streptokokken entdeckt haben will, mit der Bemerkung, dafs diese Methode, von van de Velde und Paltauf schon geübt und in Veröffentlichungen erwähnt wurde, während die Idee und das Verdienst der ersten Verwendung eines Antistreptokokkenserums bei Scharlach Marmorek gebühre. Er bespricht dann die Versuche Baginskys; Baginsky und Aronson polemisieren dann gegen den Aufsatz Mosers und suchen seine Bemerkungen zu widerlegen. Ein weiteres Eingehen auf Einzelheiten ist überflüssig. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Scharlachfieberserum. (*Brit. med. Journ.* 29. Nov. 1902.) Die Priorität der Entdeckung des Scharlacherregers und das aus den Kulturen des Organismus bereiteten Serums, nimmt gegenüber von Moser in Wien der Amerikaner W. L. Class aus St. Louis für sich in Anspruch, der im New Yorker *Med. Record* 2. Septbr. und 7. Oktbr. 1899 bereits über den von ihm gefundenen Keim des Scharlachfiebers und seine Bemühungen, aus demselben ein Heilserum herzustellen, ausführlich berichtet hat. *C. Berliner-Aachen.*

Scharlach und Masern gleichzeitig auftretend, von E. A. Dent. (*Brit. med. Journ.* 15. Nov. 1902.) Am 8. Februar erkrankte ein 10jähriges Mädchen an Scharlach. Sie wurde ins Hospital gebracht und zu Hause Räume und Kleider gründlich des-

infiziert. Sechs Wochen blieb sie im Hospital. Von den sechs Geschwistern erkrankte am 1. April eins an Scharlach. Am 4. April war der Ausschlag verschwunden, am 6. April zeigte sich ein typisches Masernexanthem, das aufserdem von einigen anderen Symptomen begleitet war. — Um dieselbe Zeit erkrankte ein anderes Kind derselben Familie mit einem Ausschlage, der weder für Scharlach noch Masern charakteristisch war. Nach fünf Tagen setzte Desquamation ein. Wenige Tage später wurden drei andere Kinder von einem masernähnlichen, atypischen Ausschlage befallen, der ohne nachfolgende Desquamation verschwand.

Wenn Masern und Scharlach bei ein und derselben Person gleichzeitig auftreten, so alterieren sie das Exanthem derart, dafs dasselbe weder für Masern noch für Scharlach als typisch anzusehen ist.

Die Fälle beweisen auch, dafs trotz strenger und langdauernder Isolierung und gründlicher Desinfektion die Übertragung auf Mitglieder derselben Familie nur schwer verhütet werden kann. *C. Berliner-Aachen.*

Anginöse Scarlatina, durch Masern und Diphtherie kompliziert, von John B. McGee-Cleveland. (*Cleveland med. Journ.* Nov. 1902.) Ein Mädchen, dessen Alter nicht angegeben wird, erkrankte mit hohem Fieber; am nächsten Tage entwickelte sich ein Scharlachexanthem über den Körper. Seit acht Tagen hatte Husten bestanden, „ähnlich dem bei Masern". Das Exanthem blieb an Rumpf und Extremitäten bestehen, und am vierten Tage traten cerebrale Symptome auf. Ein warmes Senfbad wurde gegeben, „kurz darauf" zeigte sich ein typisches Masernexanthem im Gesicht und am Körper. Der Husten dauerte fort, auch Schnupfen war vorhanden, aber kein Augentränen. In ungefähr 24 Stunden flofs das Scharlachexanthem mit dem der Masern zusammen. Am fünften Tage fand sich ein Belag auf beiden Tonsillen, der später auch den weichen Gaumen ergriff. Wiederholte Seruminjektionen, im ganzen 12000 Einheiten in 48 Stunden, brachten ihn schliefslich zum Schwinden. Bakteriologisch waren in grofser Menge der Pneumococcus, etwas spärlicher Streptokokken und Löfflers Bacillus nachzuweisen; letzterer fehlte am Schlufs der Einspritzungen. Im weiteren Verlauf kamen noch Schwellung der Parotis und der Submaxillardrüsen und eitrige Otitis media hinzu. Trotzdem endete der Fall mit Genesung.

Levor-Frankfurt a. M.

Das Verhalten des Blutes bei Masern und Scharlach im Kindesalter, von Reckzeh-Berlin. (*Ztschr. f. klin. Med.* 45. Bd. H. 1 u. 2.) Verfasser teilt eine Reihe methodischer Blutuntersuchungen bei je zehn Fällen von Masern und Scharlach mit, die er während der beiden ersten Krankheitswochen jeden zweiten bis dritten Tag, später seltener vorgenommen hat nach der Methode Türks. Bei den Masern schwankte die Zahl der roten Blutkörperchen zwischen 3,9 und 7,3 Millionen im Kubikmillimeter und war im einzelnen Falle ziemlich konstant im Gegensatz zum Verhalten der weifsen Zellen. Im Verlaufe der Genesung zeigte sich fast immer eine Zunahme der roten Blutkörperchen. Der Hämoglobingehalt nahm meistens nach der Entfieberung etwas ab, für die Blutplättchen und das Fibrin fanden sich niedrige Werte. Die weifsen Zellen zeigten auf der Höhe der Erkrankung eine Verminderung. Die Übergangsformen zeigen ziemlich typisch anfangs normale Zahlen, erfahren ziemlich konstant während der Schuppung eine beträchtliche Erhöhung, um später wieder zu hochnormalen Werten zu sinken. Die eosinophilen Zellen waren stets sehr spärlich.

Beim Scharlach bestand meist eine leichte Anämie, die Werte des Hämoglobin neigen zur Abnahme. Nach Ablauf des fieberhaften Prozesses fand sich ein auffallender Reichtum an Blutplättchen. Die bald auftretende Leukocytose ist vorwiegend durch eine starke Vermehrung der polynukleären neutrophilen Zellen bedingt. Die eosino-

philen Zellen sind sehr vermehrt im Gegensatz zu den Masern, auch Mastzellen fanden sich einige Male. Differentialdiagnostisch zwischen beiden Krankheiten ist ferner wichtig Hyperleukocytose bei Masern, Hyperleukocytose bei Scharlach. Bei Scharlach besonders in den ersten Tagen zum Vergleich zu Masern fallen die hohen Prozentzahlen für die polynukleären, neutrophilen Zellen auf, während die Lymphocyten im Gegensatz hierzu bei Masern bedeutend höhere Werte zeigen als beim Scharlach.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Masern, eine gefährliche Infektionskrankheit. (*Brit. med. Journ.* 24. Jan. 1903.) Das Londoner Gesundheitsamt weist ziffernmäfsig nach, dafs man die Gefährlichkeit der Masern nicht unterschätzen darf. Im Jahre 1901 gab es in London 1952 Todesfälle an Masern (= 0,43‰); die Mortalität bei Scharlach betrug 0,13‰, bei Diphtherie 0,29‰ und bei dem mit Masern so häufig in Verbindung stehenden Keuchhusten 0,35‰. Die relative hohe Mortalität bei Masern rührt einmal von der hochgradigen Infektiosität und zweitens von der meist nachlässigen Behandlung und der Vernachlässigung aller Vorsichtsmafsregeln her. *C. Berliner-Aachen.*

Zwei seltnere Masernfälle, von Jul. A. Grober-Jena. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1903. No. 5.) Bei einem achtjährigen Knaben, der vor einem halben Jahre Masern gehabt hatte, trat nach mehrtägigen Prodromalerscheinungen unter hohem Fieber ein über die ganze Haut ausgebreitetes grofsfleckiges Exanthem auf, dessen Efflorescenzen etwas über die Oberfläche der Haut erhoben und dunkler und mehr livide als die gewöhnlichen Masernflecken waren und in ihrer Mitte einen erhabenen, dunkeln, stecknadelkopf- bis linsengrofsen Knoten trugen. Die Konjunktiven waren mäfsig geschwollen, aber fast nicht injiziert. Die Mundschleimhaut war frei von Exanthemen, dagegen bestand eine akute Angina. Auf den Lungen fand sich ein ausgebreiteter Katarrh und doppelseitige Spitzeninfiltration. In den nächsten Tagen wurde das Exanthem noch dunkler, blafste aber dann rasch ab, während die zentralen, dunkelblauroten Flecken noch erhalten blieben. Gleichzeitig erschien am Halse ein knisterndes Hautemphysem, das wahrscheinlich durch den Husten verursacht war. Einer hinzugetretenen Diphtherie erlag der Knabe in 24 Stunden. Bei der Sektion fand sich eine ganz akute Miliartuberkulose. Das Exanthem deutet der Verfasser als hämorrhagische Form der Masern. — Gleichzeitig mit diesem Kranken kam ein 16jähriger Patient in die Klinik, bei dem ohne irgendwelche Prodromalerscheinungen im Gesicht und am Rumpf weit auseinander stehende, linsen- bis markstückgrofse, leicht gerötete, wenig oder gar nicht erhabene Flecken aufgetreten waren; auf einzelnen dieser Flecken fanden sich kleine, weifsliche, miliariaähnliche Bläschen. Am nächsten Morgen wies der Kranke bei mäfsigem Fieber ein typisches Masernexanthem mit Konjunktivitis und Bronchitis auf. Das Exanthem blafste sehr langsam ab, noch am vierzehnten Tage nach der Entfieberung waren die einzelnen Flecke zu sehen. Es handelte sich hier um einen Fall von Masern, bei dem das Initialstadium vollständig gefehlt hat. *Götz-München.*

Das Koplikscbe Symptom bei der Maserndiagnose, von E. Castelli-Washington. (*Bost. med. u. Surg. Journ.* 3. April 1902.) Dem Verfasser war das Auffinden der Koplikschen Flecke sehr nützlich, namentlich bei einem erwachsenen Patienten, bei welchem der Verdacht auf Variola nicht unbegründet war, drei Tage vor dem Auftreten des Exanthems. Aufserdem hat er einmal die Flecke am vierten Tage, zweimal am dritten und dreimal am zweiten Tage vor dem Masernausschlag konstatiert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Syndrom von Weber mit Gangrän der Zehen im Verlaufe einer Roseola, von Simonin und Dopter. (*Arch. de Méd. expérim. et d'Anat. pathol.* 1902. No. 5.) Die sogenannten morbillösen Lähmungen lassen sich meist auf Veränderungen

zurückführen, die aus früheren Krankheiten stammen, aber durch das noch unbekannte spezifische Virus der Rubeola erschwert werden. Dies ersieht man aus einer von den Verfassern mitgeteilten Krankengeschichte, welche einen 19jährigen Burschen betrifft, der seit Jahren an einer latenten Tuberkulose der Milz und der Nieren litt mit allgemeiner Arteriosklerose. Es trat eine Roseolainfektion hinzu, und es genügten diese wenigen Toxine, um Hämorrhagien im Mesocephalus und akute Degenerationserscheinungen in den peripheren Nerven hervorzurufen. Die Tuberkulose hatte ganz langsam eine Veränderung in den Gefäfswandungen herbeigeführt, wie dies das Alter, der Alkohol oder das Blei fertig gebracht hätten. *C. Müller-Genf.*

Arthritis als Komplikation bei Masern, von R. Craik-Conisborough. (*Lancet.* 24. Jan. 1903.) Bei einem 7jährigen Knaben, welcher seit fünf Tagen an Schmerzen im linken Knie geklagt hatte, konstatierte C. einen ganz typischen Masernausschlag am ganzen Körper. Trotz geeigneter Behandlung verschlimmerte sich das Knieleiden, und als am 29. Tage inzidiert wurde, entleerte sich reichlich Serum und etwas Eiter. Heilung. Verfasser ist der Ansicht, dafs die Arthritis in direktem Zusammenhang mit der Allgemeinerkrankung gestanden habe. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einige Komplikationen von seiten des Ohres bei Masern und deren Behandlung, von H. Jarecky-New York. (*Med. Rec.* 19. Juli 1902.) Unter 147 Fällen von Taubstummheit gibt Roosa bei sieben Maserninfektion als Ursache an, und Love sogar zehnmal unter 81 Fällen. Die Entstehung beruht zum Teil auf Übertragung vom Nasenrachenraum durch die Eustachschen Tuben, zum Teil auf der Anwesenheit von Mikroorganismen, namentlich von Streptococcus pyogenes, Staphylococcus pyogenes albus, aureus und vitreus, dem Fraenkelschen Pneumococcus und dem Friedlaenderschen Pneumobacillus. In Bezug auf die Therapie, welche Verfasser eingehend bespricht, ist namentlich der Wert einer frühzeitigen Inzision des Trommelfells zu betonen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Masernotitis und deren prophylaktische Behandlung, von Martin Sogar. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1903. No. 1.) Zur Verhütung der bei Masern so häufigen und zuweilen so verderblichen Ohrenaffektionen empfiehlt Verfasser, in die Nase von Masernkranken mittels Tupfglas eine $^1/_2$ %ige Arg. nitr.-Lösung zu instillieren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein seltener Masernfall, von Bernhard Nachold-Sondershausen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 15.) Bei einem achtjährigen Mädchen, das der erhobenen Anamnese zufolge zweifellos vor 14 Tagen an Masern erkrankt war und zehn Tage nach Beginn derselben, also vor vier Tagen, anscheinend völlig gesund das Bett verlassen hatte, konstatierte der Verfasser über den ganzen Körper zerstreute, asymmetrische, nur teilweise über das Niveau der Haut erhabene, blaurote, markstückgrofse, annähernd rundliche Efflorescenzen. Die beiden Füfse waren bis an die Knöchel in toto blau verfärbt, Kinn, Hals und Schleimhäute waren frei. An den Weichen fanden sich einige kleinere, hellrote Flecke, die wie frische Blutextravasate aussahen. Bei Druck verloren die Efflorescenzen nur wenig an Farbe. Aufser dem Exanthem war nur eine Bronchitis und geringgradige Milzschwellung zu konstatieren; die Temperatur war andauernd normal. Die Efflorescenzen blafsten im Verlaufe weniger Tage vollständig ab, am fünften Tage trat eine kleienförmige Abschuppung ein. Nach Ansicht des Verfassers handelte es sich bei dem beschriebenen Exanthem um ein Masernrezidiv. *Götz-München.*

Gleichzeitiges Vorhandensein von Masern und Varicellen, von E. J. Blackett-London. (*Lancet.* 31. Jan. 1903.) Bei zwei Knaben, welche nachweislich der Infektion mit beiden Krankheitsgiften ausgesetzt gewesen waren, entwickelten sich

zuerst deutliche Varicellenbläschen. Dieselben traten aber vollständig zurück, als der Masernausschlag sich entwickelte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Röteln und Masern, von J. Reid-London. (*Lancet.* 31. Jan. 1903.) Bericht über vier Erkrankungen mit Komplikationen in einer Familie, wobei Verfasser an die Möglichkeit einer doppelten Infektion dachte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über scharlachähnliche Röteln, von Fred. C. Curtis und Henry L. K. Shaw-Albany, N. Y. (*Med. News.* 20. Dez. 1902.) Die Epidemie, welche in dem kleinen Orte Round Lake im Staate New York im April 1901 ausbrach und von einer Bevölkerung von 400 Seelen 147 behandelte Fälle aufwies, ist schon in einem früheren Referate (s. *diese Zeitschr.* Bd. 36, S. 328) bezüglich Entstehung, Verbreitung u. s. w. besprochen worden. Einundachtzig oder 60% der Fälle betrafen Personen über 20 Jahre; kein Kind unter einem Jahr wurde befallen. Die Inkubationsperiode betrug im Durchschnitt 19 Tage. Die vorliegende Affektion, von welcher einzelne Fälle genauer beschrieben werden, ist sehr ähnlich der von Dukes aufgestellten „vierten Krankheit", Verfasser glauben aber, dafs alle Symptome, welche D. für diese Krankheit angeführt hat, auf die Röteln passen und keineswegs eine neue Affektion bedeuten oder deren Aufstellung notwendig machen. Die Diagnose der akuten Exantheme sollte nicht noch mehr kompliziert und eine neue Krankheit aufgestellt werden wo es sich nur um Varietäten feststehender Typen handelt (es kann ebenso masern- wie scharlachähnliche Röteln geben, je nach den Komplikationen und der Art des Hautausschlages, ob abschilfernd oder abschuppend). Verfasser erklären sich in völliger Übereinstimmung mit Griffith, welcher diese fiktive vierte Krankheit als ein wahres Unheil für die Allgemeinheit bezeichnete. *Stern-München.*

Ein seltener Verlauf eines Varicellafalles, von S. Szana. (*Orvosi-Hetilap.* 1902. No. 26.) Das zwei Monate alte Kind wurde ins „Weifs-Kreuz"-Findelhaus wegen dyspeptischer Erscheinungen aufgenommen, woselbst es in der dritten Woche an einem Ausschlag erkrankte, dessen Verlauf folgender war: Am ersten Tage waren über dem ganzen Körper circa 50 hanf- bis linsengrofse Bläschen entstanden, deren einzelner Inhalt klar, deren meiste getrübt waren. Die Bläschen waren mit einem roten Hof umgeben. Am nächsten Tage an Stelle der meisten Bläschenkrusten, Aufschiefsen neuer Bläschen. Im Harne kein Eiweifs. In den nächsten vier bis fünf Tagen entwickelten sich nach Platzen und Konfluenz der Bläschen bis guldengrofse, eitrige Geschwüre, welche mit einem zentimeterbreiten, roten Hof umgeben waren, nebstdem wieder Aufschiefsen frischer Bläschen. Solche Geschwüre entwickelten sich auf den Streckseiten der Unterschenkel, sowie am Thorax, welche im Verlaufe von einigen Tagen unter Krustenbildung ohne Narbenbildung mit Hinterlassung von schwacher Pigmentation vollständig abheilten. Später trat eine Otitis media und Furunkulose am Körper hinzu; das Kind starb unter stetiger Gewichtsabnahme. In diesem Falle störte das typische klinische Bild der Varicella erstens, dafs am dritten Tage einzelne Bläschen sich nicht wie gewöhnlicherweise in Krusten, sondern durch Konfluenz derselben in eitrige Geschwüre verwandelten, zweitens, dafs sich am fünften Tage 3 cm breite Blasen bildeten, welche mit abschilfernden Lamellen abheilten, so dafs die Diagnose Varicellen zweifelhaft erscheinen könnte. Nach differential-diagnostischem Ausschlusse aller übrigen Blasenerkrankungen der Haut bei Kindern, und nachdem in derselben Zeit noch andere sieben Varicellenfälle auf derselben Abteilung und auch in der Stadt eine Epidemie vorhanden war, schlofs Verfasser auf Varicellen mit seltenerem Verlaufe, wie bereits mehrere in der Literatur beschrieben sind, deren wahrscheinliche Ursache nebst prädisponierender Dyskrasie, accidentelle Infektion ist, die Erklärung aber von Jürgensen, dafs die Infektion durch das Kratzen hervorgerufen wird, in diesem Falle vollkommen ausgeschlossen ist. Die Schlüsse, die nun

Verfasser gibt, sind folgende: 1. Die an Stelle der Varicellenbläschen manchmal durch Konfluenz entstandenen Geschwüre sind nicht immer durch das Kratzen verursacht. 2. Bei den Varicellen können auch mehrere zentimeterbreite, schlaffe Blasen sich bilden, welche nicht mit Krusten eintrocknen. 3. Es können ulcerative Prozesse und gröfsere Blasen bei demselben Individuum nebeneinander auftreten.

A. Alpár - Alexandria.

Die Leukocyten bei Varicellen, von P. Nobécourt und P. Merklen. (*Journ. de physiol. et de pathol. génér.* 1901. No. 3.) Bei 15 Kindern im Alter von 1¾ bis zu fünf Jahren haben Verfasser eine Reihe von Blutuntersuchungen angestellt, um zu ermitteln, ob etwa in ähnlicher Weise, wie man bei Variola dies nachgewiesen hat, charakteristische Veränderungen in Bezug auf die Zahlenverhältnisse der verschiedenen Blutbestandteile bei Varicellen sich geltend machen. Im allgemeinen liefern ihre Untersuchungen, die ausführlich mitgeteilt sind, ein negatives Resultat. Sie kommen dabei zu folgenden Ergebnissen: Die Zahl der roten Blutkörperchen zeigt keinerlei Schwankungen; auch findet man keine kernhaltigen Erythrocyten. Die Zahl der Leukocyten, auf einen Kubikmillimeter berechnet, zeigt nur eine geringe Modifikation, und die Hyperleukocytose ist, wenn sie überhaupt eintritt, nur leicht. Das Verhältnis der weifsen Blutkörperchen zeigte folgende Abänderungen: a) Bei sieben von den 15 Fällen war die Zahl der mehrkernigen gegen die Norm vermindert, die der einkernigen vermehrt; bei sechs Kindern war das Umgekehrte der Fall; bei einem Patienten blieb das Verhältnis normal, und bei einem anderen trat nach einer zeitweiligen Hyperpolynukleose Hypopolynukleose ein. Die Zahl der eosinophilen Körperchen war stets mehr oder weniger vermindert. Neutrophile Myelocyten fanden sich bei fünf Kranken, aber ohne Bevorzugung irgend einer bestimmten Krankheitsperiode. Am ehesten könnte man die Verminderung der mehrkernigen Körperchen als eine Eigentümlichkeit der Varicellen bezeichnen. Auch bei einigen anderen Krankheiten fieberhafter Art haben Verfasser Blutuntersuchungen ausgeführt; bei allen war die Polynukleose mehr oder weniger deutlich, aber hierbei, ebenso wie bei den Untersuchungen über den Blaseninhalt, waren die Ergebnisse nicht als abschliefsend zu bezeichnen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Verhältnis der Blutkörperchen bei Varicellen, von Ed. Weil und A. Descos-Lyon. (*Journ. de physiol. et de pathol. génér.* Mai 1902.) Während andere Forscher (Nobécourt, Merklen u. a.) zu einem mehr negativen Resultate gelangt waren, ziehen Verfasser aus ihren an 20 Patienten angestellten Untersuchungen den Schlufs, dafs man zwischen Variola und Varicellen mit ziemlicher Sicherheit schon aus dem Blutbefunde unterscheiden könne. Sie stellen folgende Differenzierungsmomente auf: Bei Varicellen findet man rote Blutkörperchen in normaler Anzahl, keine kernhaltigen Erythrocyten; wenig oder gar nicht verändertes Verhältnis der Leukocyten im ganzen; die mehr kernigen, weifsen Blutkörperchen in normaler Anzahl oder nur wenig vermehrt; die einkernigen dementsprechend ein wenig vermindert resp. normal an Zahl; die grofsen einkernigen mit blassem Kern in normaler oder sogar in geringerer Anzahl vorhanden; Myelocyten fehlen. Demgegenüber konstatieren sie bei Variola folgenden Befund: Erythrocyten an Zahl vermindert, kernhaltige fast immer vorhanden; Hyperleukocytose konstant; vielkernige Leukocyten stets vermindert, einkernige stets vermehrt; die grofsen, blafskernigen Monoleukocyten in vermehrter Anzahl und die Myelocyten konstant in erheblicher Menge vorhanden.

Verfasser glauben, dafs andere Forscher vielleicht Fälle von Variolois als Varicellen aufgefafst haben mögen. Dies sei bei ihren eigenen Untersuchungen ausgeschlossen gewesen. Da auch die Art der Untersuchungsmethode Unterschiede bedingen mag, schildern sie auch ausführlich ihre Technik — Untersuchung des Blutes

morgens früh, nüchtern, Desinfektion mit Äther, Eintauchen des Fingers in warmes Wasser, Zählen mit dem Apparat von Hayem und Nachet, Färben mit Triessigsäure nach Ehrlich und mit Hämatein-Eosin und auch mit Thionin.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Arthritis als Folge von Varicellen, von H. Lacasse-Paris. (*Gaz. hebdom. de Med. et de Chir.* 20. März 1903.) Auf die Brocqsche Abteilung im Hôpital Tenon wurde ein zweijähriges Kind mit starker Anschwellung und entzündlichen Erscheinungen am rechten Knie aufgenommen. Bei der weiteren Untersuchung des sehr verwahrlosten Kindes fand man verschiedentlich linsengroſse, violette Flecke und krustenbedeckte Stellen, welche ohne Zweifel als heilende Wasserblattern zu deuten waren. Bei der Arthrotomie wurde eine reichliche Menge dicklicher, grünlicher, seröser Flüssigkeit mit Fibringerinnseln entfernt. Trotzdem das Kind gegen den Willen der Ärzte von den Eltern vorzeitig aus dem Krankenhause entfernt wurde, war es sieben Wochen nach der Operation (vielleicht früher) vollkommen gesund. Aus einer kurzen Besprechung sonstiger ähnlicher Publikationen und den Ergebnissen seiner eigenen Erfahrungen kommt L. zu folgenden Resultaten: Obgleich nicht gerade sehr häufig zu beobachten, muſs doch die Arthritis als eine mögliche Komplikation der in Eiterung übergehenden Varicellen genannt werden; sie ist eine Späterscheinung und tritt erst nach Beendigung des Ausschlags ein; sie entsteht entweder als Folge einer Allgemeininfektion vom Blute aus oder lokal durch die Lymphwege; das infizierende Agens ist zuweilen ein Strepto-, zuweilen ein Staphylococcus; die Prognose ist wegen der immer drohenden Möglichkeit einer purulenten Allgemeininfektion stets mit Vorsicht zu stellen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Lösung der Variola-Varicellenfrage, von Norbert Swoboda (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 47.) Auf Grund einer Beobachtung kommt Verfasser, der Variola und Varicellen als zwei ätiologisch verschiedene Leiden ansieht, doch zu der Anschauung, daſs es in Bezug auf die morphologischen Eigenschaften und den klinischen Verlauf in sporadischen Fällen prinzipielle Unterschiede nicht gibt. Variola kann das Bild der Varicellen bieten, Varicellen können unter dem Bilde der Variola verlaufen (Varicellae varioliformes). Den von Hochsinger als Beleg für die unitarische Anschauung angeführten Fall sieht Verfasser als beweiskräftig nicht an. Er schildert als Gegenstück einen unter dem Bilde schwerer Variola in einer variolafreien Stadt aufgetretenen Krankheitsfall. Da weitere Variolainfektionen ausblieben, aber in der Familie unmittelbar darauf noch Varicellenfälle vorkamen, ist es sicher, daſs es sich um Varicellae varioliformes handelte. — Jedes Variolasymptom kann bei dieser Varicellenform auftreten, so daſs trotz ätiologischer Dualität eine morphologische und klinische Unität bestehen kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Vorläufige Mitteilungen über die Parasiten der Variola und Varicellen, von R. S. Thomson und John Brownlee. (*Brit. med. Journ.* 31. Jan. 1903.) Das Ergebnis mehrjähriger Untersuchungen über die Parasiten der Variola und Varicellen resumieren die Verfasser in folgenden Schluſssätzen:

1. Im Blute der an hämorrhagischen Pocken leidenden Patienten sind kleine, sphärische, stark lichtbrechende, ihrem Aussehen nach Fettkügelchen ähnliche Gebilde vorhanden, die sich jedoch nicht mit Osmiumsäure, noch mit irgend einem der basischen oder sauren Farbstoffe färben lassen. In hämorrhagischen Fällen findet man sie in beträchtlicher Zahl vom dritten oder vierten Tage der Krankheit bis zum Tode. Ähnliche Gebilde wurden, wenn auch in weit geringerer Anzahl, in Fällen von konfluierenden Pocken vom dritten bis vierten Tage bis zum Ende der ersten Woche oder gelegentlich noch länger gefunden. In groſser Menge begegnet man ihnen in den Prodromalstadien der Variola und Varicellen. Die Gebilde haben keine Ähnlichkeit

mit den sonst normaler- oder pathologischerweise im Blute vorhandenen Konstituentien. Sie sind auch viel gröfser als die Hämoconien.

2. In Hautschnitten, welche Hämorrhagien enthalten, finden sich ähnliche Gebilde unter den extravasierten Blutkörperchen, aber sie färben sich im Gegensatze zu den im Blutstrom gefundenen, wenn auch schwach, mit basischen und sauren Farbstoffen.

3. In den Lymphräumen und in den kleinsten Blutgefäfsen der Haut, unmittelbar unterhalb der Basalzellen, findet man Gruppen kleiner, sphärischer Körper, die beträchtlich gröfser als die Staphylokokken sind und sich schwer färben lassen. Doch scheint die Affinität zu den gewöhnlichen Farbstoffen eine wechselnde zu sein, da in einzelnen Fällen die Färbung entschieden stark war.

4. In dem Inhalt der Pockenpusteln sowohl des früheren wie des späteren Stadiums, ebenso in Schnitten der Haut im papulösen Stadium der Krankheit finden sich ähnliche Gebilde wie im Blute der an hämorrhagischen Pocken Leidenden. Sie färben sich im allgemeinen schwach und haben nicht das Aussehen eines Zellkernes.

5. Im Inhalt der Bläschen und frischen Pusteln, wie auch in Hautschnitten des frühen Krankheitsstadiums fehlen überall pyogene Mikroorganismen, während sie gegen Ende des vesikulösen und pustulösen Stadiums in grofser Menge vorhanden sind.

6. Wie bei den Pocken im frühen Stadium verhält es sich ähnlich bei den Varicellen.

7. Als eine Folge accidenteller Verunreinigung ist das Vorhandensein pyogener Organismen im Blute der an hämorrhagischen oder konfluierenden Pocken erkrankten Patienten anzusehen. *C. Berliner-Aachen.*

Einige Abarten, Komplikationen und Folgeerscheinungen von Pocken, wie in der Epidemie zu Norfolk 1898—1899 solche beobachtet wurden, von L. C. Shepherd-Norfolk Va. (*Med. Record.* 1. März 1902.) Über die Ausdehnung dieser Epidemie kann man sich einigermafsen einen Begriff machen, wenn man erfährt, dafs Verfasser selbst annähernd 1000 Patienten zu behandeln hatte. Als bemerkenswerte Einzelheit sei erwähnt, dafs wenigstens zwei der Patienten in ihrer Jugend schon einmal Pocken gehabt hatten, wovon reichliche Narben noch zurückgeblieben waren. Ungewöhnlich ferner war die tiefe, bis auf die Pigmentschicht reichende Pustelbildung bei einem Negerknaben. Die Narben waren im Gegensatz zu dem, was man sonst bei solchen sieht, perlartig weifs. Leider ist bei dieser Epidemie zu konstatieren gewesen, dafs bei vielen Patienten noch innerhalb der letzten drei Monate eine anscheinend erfolgreiche Impfung vorgenommen war. — Es drängt sich die Frage auf, ob diese Unzulänglichkeit der Lymphe blofs in Amerika zu finden ist, und ob die europäische Lymphe immer einer gröfseren Anforderung, wie eine solche Epidemie bedingt, gewachsen sein würde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Variola oder Pocken, von J. E. Duxbury-Lonsdale. (*Boston med. and surg. Journ.* 13. Febr. 1902.) Vor kurzem hatte Verfasser Gelegenheit, 51 Pockenfälle leichter Art in einem kleinen Orte Manville in Nordamerika zu behandeln. Da von anderer Seite behauptet worden war, dafs es sich dabei nicht um Variola, sondern einfach um Varicellen gehandelt habe, begründet D. hier seine Diagnose und bespricht ziemlich eingehend die Semiotik und kurz die Therapie der Krankheit, ohne aber wesentlich Neues beizubringen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Diagnose der Pocken, von William T. Corlett-Cleveland. (*St. Louis med. Rev.* 3. Mai 1902.) Bringt nichts Erwähnenswertes. *M. Levor-Frankfurt a. M.*

Die Gesetzgebung in Bezug auf Variola und Vaccination, von S. W. Abbott-Newton Centre, Mass. (*Boston med. and surg. Journ.* 4. Nov. 1902.) Nach A.s Schilderung, welche in ihren Einzelheiten für den deutschen Leser ohne Interesse ist,

erscheint die amerikanische Gesetzgebung in dieser Beziehung sehr unvollkommen und lückenhaft, namentlich dadurch, dafs es durchaus nicht schwer gemacht ist, sich der Impfung vollständig zu entziehen. Wenn auch die Vorschriften für die Anzeigepflicht und für die Errichtung von Hospitälern ziemlich detailliert ausgearbeitet sind, so wird letzterer Mangel alles wieder illusorisch machen. In dieser Hinsicht stellt Verfasser Deutschland als das von allen anderen Staaten unbedingt nachzuahmende Muster hin. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Variola und deren Diagnose, von J. T. Bollard-New Bedford, Mass. (Ibid.) Bespricht die Differentialdiagnose gegenüber Varicellen, Akne, Ekzema pustulosum, Impetigo und Syphilis und berichtet über einige warnende Fehldiagnosen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Unsere neuerlichen Pockenepidemien und das Versagen der Glycerinlymphe, von F. J. Runyon-Clarksville U. S. A. (*Memphis med. monthly.* Aug. 1901.) Im Städtchen Clarksville mit etwa 10000 Einwohnern erkrankten 44 Personen, 41 Neger und 3 Weifse. Von der Bevölkerung waren etwa 22% nicht geimpft, und von den Erkrankten gehörten 86% dieser Kategorie an. Nach Ansicht des Verfassers ist die Schuld, dafs geimpfte Individuen doch an Pocken erkranken, der Verwendung von Glycerinlymphe beizumessen. Er erklärt, dafs er nach anscheinend völlig erfolgreicher Impfung mit dem flüssigen Präparate bald nachher eine vollständige Reaktion erhielt, als er mit der an Elfenbeinstiften angetrockneten Lymphe nachimpfte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Unsere neuerliche Pockenepidemie und das Impfen, von F. J. Runyon-Clarksville U. S. A. (*Georgia Journ. of Med. and Surg.* Sept. 1901.) Ohne über die Pockenepidemie, welche, wie bekannt, vor ein paar Jahren die Vereinigten Staaten von Nordamerika heimsuchte, sich weiter auszulassen, schildert R. seine Erfahrungen in Bezug auf das Impfen. Er erklärt wiederum den Zusatz von Glycerin zur Lymphe für durchaus unstatthaft, da dasselbe einerseits stark reize, andererseits die Wirksamkeit der Lymphe vernichte. Dies sei nicht nur von ihm selbst, sondern auch in der Praxis anderer angesehener Ärzte beobachtet worden. Die einzig empfehlenswerte Methode sei die Konservierung der Lymphe in trockenem Zustande an zugespitzten, knöchernen Stiftchen. Man taucht das Ende in die unverdünnte Lymphe und läfst diese dann an der Luft trocknen. Zur Ausführung der Vaccination werden dieselben dann mit sterilem Wasser aufgeweicht und die mit dem Wasser gesetzte Impfritze wird damit ausgerieben. Diese Methode ist ja keineswegs neu; es fragt sich nur für uns, ob sie bessere Resultate liefern würde, als die in Deutschland im allgemeinen als durchaus wirksam erprobte Glycerinlymphe. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Variola in England und Wales. (*Brit. med. Journ.* 10. Jan. 1903.) Bis zum 30. Dezember 1902 gab es in den Hospitälern von Liverpool 205 Fälle, von denen 74 allein in der letzten Woche neu aufgenommen waren; in Sheffield waren um dieselbe Zeit 28, in Stockport 55 Fälle u. s. w. *C. Berliner-Aachen.*

Variola in England und Schottland. (*Brit. med. Journ.* 24. Jan. 1903.) In Leicester soll die Epidemie von einer jungen Frau ausgegangen sein, die einen Arzt wegen ihres Ausschlages konsultiert, aber weil die Krankheit nicht erkannt wurde, noch zwei Tage mit anderen Personen gearbeitet und verkehrt, dann zwei volle Stunden unter zahlreichen Patienten in der Poliklinik gesessen habe.

Wie es heifst, sollen die Pocken sich in Derby, Nottingham und Bradford verbreiten. In Nottingham sind 14, in Derby 11 Fälle in Behandlung. Im Pockenhospital zu Bradford liegen gegenwärtig 8 Pockenkranke. *C. Berliner-Aachen.*

Untersuchungen über das Contagium der Pocken, von W. Dombrowski-Warschau. (*Ztschr. kl. Med.* 46. Bd. H. 1—4.) Aus dem unter aseptischen Kautelen

entnommenen Gehalt der Bläschen und Pusteln, sowie von Abscessen und aus dem Blute bei Pockenkranken gelang es Verfasser, Gebilde zu isolieren, welche er für die Erreger der Krankheit zu halten sich berechtigt glaubt. Es sind dabei zwei Formen oder, wie D. annimmt, Stadien zu unterscheiden, die sich namentlich durch die Größenverhältnisse unterscheiden. Aus frischen Bläschen erhält man eine durch Leukocyten noch nicht getrübte, durchsichtige Flüssigkeit, welche unterm Mikroskop wie eine Reinkultur von Mikrobien sich darstellt. Diese erscheinen fast alle gleichmäßig als „feine, dunkle, runde oder längliche Punkte, deren Mehrzahl einen feinen, hellen Saum besitzt". Diese Gebilde bewegen sich lebhaft, teils pendelnd, teils progressiv, und es erscheint wahrscheinlich, daß es sich dabei nicht um eine bloße Molekularbewegung, sondern um Eigenbewegungen, vielleicht durch Geißeln handle. Am zweiten Tage sieht man außer diesen noch andere, zwei- bis dreimal so große, durchsichtige, undeutlich konturierte und geformte, gleichfalls bewegliche Körper. Man unterscheidet davon die hyaline Masse und in deren Mitte meistens vier dunkle Körner, welche ihre Lage stets wechseln und sich reihenweise oder in Kreuzform gruppieren, gleichzeitig mit der Formveränderung des Ganzen. Nach D. hat man es hier mit einer Zusammengliederung der zuerst beschriebenen Gebilde zu tun. Ferner sieht man in etwas eitrig gewordenem Pustelinhalt immer zahlreicher werdende Kokken, große, durchsichtige, gelblich gefärbte, scharf konturierte und von einem deutlichen, schmalen, weißen Saume umgebene Gebilde. Man findet sie meist im Protoplasma der Leukocyten, aber auch als solitäre, bewegliche oder stationäre Körper. Auf Agar gelang es, dieselben in nachweisbarer Form zu erhalten, wenn auch ein eigentliches Wachsen nicht erkennbar war. Nach D.s Ansicht handelt es sich um Blastomyceten, und nicht etwa um Sporozoen oder überhaupt Protozoen, wie in anderen Publikationen, welche Verfasser ziemlich eingehend berücksichtigt, angenommen ist.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Untersuchung des Pockenerregers, von Keïsuke Tanaka. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1902. No. 10.) Aus der Arbeit ist folgende Beobachtung von Interesse: Als Verfasser Retrovaccinationslymphe in das durch Punktion gewonnene Pleuraexsudat träufelte, gerann die Lymphe im Brutschrank. Als Ursache ergab sich, daß der Patient vor 25 Jahren schwere Pocken gehabt hatte. Sonst gerinnt die Lymphe nicht. Es handelt sich um ein der Pfeiffer-Gruber-Vidalschen Reaktion ähnliches Phänomen. — Verfasser glaubt, daß der Erreger eine strukturlose, homogene Masse sein muß.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Ätiologie der Blattern, speziell bezüglich der Mikrobiologie, von William Seagrove Magill-New York. (*Med. News.* 8. Nov. 1902.) Verfasser bespricht eingehend die Ansteckungsfähigkeit der Blattern, welche bis zur vollständigen Wiederherstellung einer neuen Hauptepithelschicht währt, also durch einen Zeitabschnitt von oft mehr als 40 Tagen. Die Abschuppungen, Sekrete (einschließlich des Urins in Fällen von Hämaturie) und alle organischen Flüssigkeiten und Residuen enthalten die spezifischen Infektionserreger der Blattern. Als ein sehr wichtiges Charakteristikum für eine Blatterninfektion führt er sodann die im Blute vorhandene ausgesprochene Mononukleosis an, welche auch in Abortivfällen die Diagnose sichern soll. Was noch die verschiedenen prädisponierenden Momente betrifft, so ist bemerkenswert, daß kräftige, junge Leute häufiger von der Variola betroffen werden und eher zu ernsterer Entwicklung hinneigen. Von Wichtigkeit ist auch, daß die Infektionserreger auf Kleidern, Hautoberfläche u. s. w. mehrere Tage untätig verweilen können und die wirkliche Ansteckung, das Eindringen der Keime in den Organismus, erst später stattfindet; bei der Inkubation und deren Beurteilung ist dies besonders in Betracht zu ziehen. Was nun die Erreger der Blattern selbst betrifft, so führt M. an, daß 30 Jahre

bakteriologischer Forschungen nicht im stande waren, dieselben unter der Reihe der Bakterien zu finden, und er ist daher überzeugt, dafs Protozoen die Ursache für die Blutarm abgeben. Zur Darstellung derselben in Reinkultur hält er es für notwendig, dafs die Nahrung für diesen Organismus leichter assimilierbar gemacht werde, als es die gewöhnlichen Arten von Eiweifs sind; diese Vereinfachung der Nährsubtrate scheint zu guten Resultaten zu führen, jedoch dünken die Fortschritte, welche Verfasser mit diesen Arbeiten gemacht hat, ihm noch nicht genügend, um deren definitiven Abschlufs zu proklamieren. *Stern-München.*

Über Aphasie bei akuten Erkrankungen nebst Bericht über einen als Komplikation von Pocken aufgetretenen Fall, von C. J. Aldrich - Cleveland. (*Amer. Journ. med. science.* März 1903.) Die erste Hälfte dieser kurzen Mitteilung enthält eine Reihe von Literaturangaben über einschlägige Fälle von Abdominaltyphus, Schlangenbifs, Pneumonie, Typhus exanthematicus, Pocken, Masern und gelbem Fieber. Im zweiten Teil berichtet Verfasser über einen siebenjährigen Knaben mit unzweifelhafter Variola, bei welchem nach anfänglicher viertägiger Bewufstlosigkeit bei hohem Fieber und Krampfzuständen mit dem Abfall der Temperatur totale Aphasie konstatiert wurde. Dieselbe hielt drei Monate lang an, worauf der Knabe anfing, wie ein ganz kleines Kind das Sprechen wieder zu lernen, was binnen weiteren sechs Monaten völlig erfolgreich war. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Beitrag zum Studium der Nephritis bei Pocken auf Grund von Urinanalysen in 128 Fällen, von William M. Welch und Jay F. Schamberg-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 1. Nov. 1902.) Albuminurie ist bei Pocken häufiger als gemeinhin angenommen wird: die Verfasser konnten sie in 65% ihrer Fälle nachweisen. In 45% waren auch Zylinder vorhanden; meistens ist demnach die Albuminurie Ausdruck einer organischen Nierenveränderung. Da der Grad der Ausbildung und die Dichtigkeit des Exanthems dabei kaum einen Unterschied bedingen, so mufs der Prozefs in den Nieren auf das Pockengift selbst bezogen werden. Der Gehalt des Urins an abnormen Bestandteilen fluktuiert von Tage zu Tage, so dafs nur wiederholte Untersuchungen vor Irrtümern schützen können. Oft findet man Zylinder im Sediment, wenn die üblichen Proben Eiweifs nicht aufweisen. Die klinischen Symptome sind in der Regel milde und treten längst nicht so stark hervor wie bei Scharlachnephritis. Nach Arnaud kann geringe Albuminurie noch nach Heilung der Pocken bestehen bleiben, in 75% seiner Fälle kam dies vor; histologische Untersuchungen zeigten, dafs dann interstitielle Veränderungen in den Nieren vorlagen. Die Möglichkeit eines Überganges in chronische Nephritis liegt nahe, und es empfiehlt sich daher, den Urin der Rekonvaleszenten oft und sorgfältig zu untersuchen und die Diät und Lebensweise entsprechend zu regeln. *M. Levor-Frankfurt a. M.*

Ungewöhnliche Fälle von Variola, von H. N. Barnett. (*Brit. med. Journ.* 27. Dez. 1902.) Der erste vom Verfasser beschriebene Fall zeigte folgende atypische Erscheinungen: a) Fehlen von Erbrechen und Lendenschmerzen; b) die Temperatur stieg, als der Ausschlag zum Vorschein kam; c) der Ausschlag war von Beginn an pustulös und hatte sich rasch über den ganzen Körper verbreitet, und dies bei einem Patienten, der vorher geimpft worden war.

Bei den anderen Fällen war atypisch das Fehlen eines Prodromalausschlages; das Auftreten von Papeln unter der Haut der Handteller und Fufssohlen; das Fehlen von Jucken etc. (NB. Sollten nicht die Fälle ebenfalls Beispiele diagnostischer Irrtümer sein? Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Variola bei einem kurz vorher geimpften Manne, von Hale. (*Brit. med. Journ.* 17. Jan. 1903.) Ein 36jähriger, bis dahin noch nicht geimpfter Mann war am 24. August 1902 mit einem Pockenkranken in flüchtige Berührung gekommen. Am

4. September wurde er zum ersten Male mit Kälberlymphe geimpft; am 6. September klagte er über intensive Kopf- und Rückenschmerzen; gleichzeitig stieg die Temperatur an; am 8. September kam unter Abfall des Fiebers ein starker, papulöser Ausschlag im Gesichte zum Vorschein; einige Papeln waren auf der Brust und dem Rücken und eine gröfsere Zahl an den oberen und unteren Extremitäten. In den nächsten Tagen entwickelten sich noch mehrere. Die Impfpusteln an den Armen nahmen einen rapiden Verlauf; schon am vierten Tage verwandelten sich die Initialpapeln in Bläschen, diese trockneten rasch ein, während der universelle Ausschlag einen typischen, günstigen Verlauf nahm, nach Art der Variolois.

Der vorstehende Fall zeigt: 1. dafs die Vaccinia und Variola nicht identische Krankheiten sind und neben einander ihren klinischen Verlauf bei einem und demselben Individuum nehmen können; 2. dafs die Vaccination, wenn sie auch den Ausbruch der Variola nicht mehr verhindert, so doch deren Charakter wesentlich gemildert und damit ihre Wirksamkeit bewiesen hat. *C. Berliner-Aachen.*

Variola und Revaccination, von T. H. Donovan. (*Brit. med. Journ.* 17. Jan. 1903.) Verfasser wurde zu einem Patienten gerufen, der vermutlich an „rheumatischem Fieber" erkrankt sein sollte. Es handelte sich jedoch um Variola. Sofort wurde durch die Polizei das Haus abgesperrt. Die Insassen wurden bis auf vier Personen sämtlich revacciniert. Von den Wiedergeimpften steckte sich niemand an, während die vier, welche die Revaccination verweigert hatten, an Variola erkrankten. Zwei derselben starben. *C. Berliner-Aachen.*

Welchen Einfluſs haben die einmal überstandenen Pocken auf die nachherige Vaccination oder Revaccination? (*Brit. med. Journ.* 31. Jan. 1903.) Nach den vorliegenden statistischen Daten einiger Autoren, wie John Simons, gewinnt es den Anschein, als ob etwa ein Drittel der jungen Leute, welche die Pocken durchgemacht haben, empfänglich für die Vaccination sind.

Es wird aber in den Statistiken nicht angegeben, welcher Zeitraum zwischen den überstandenen Blattern und der Vaccination verstrichen ist. Aus diesem Grunde kann die obige Frage nicht definitiv beantwortet werden. *C. Berliner-Aachen.*

Über den Wert des Salols bei Variola, von R. S. Thomson-Glasgow und A. Love-Glasgow. (*Glasg. med. Journ.* No. 6. Juni 1902.) Um dieses von anderer Seite warm empfohlene Mittel zu erproben, haben Verfasser dasselbe in Dosen von 2—5½ g täglich bei 77 mittelschweren bis schweren Fällen verabreicht. Von den Patienten waren 7 überhaupt nicht geimpft worden, bei einem war es zweifelhaft, 68 waren im Säuglingsalter geimpft worden und einer war 28 Jahre vor der jetzigen Erkrankung zum zweiten Male geimpft worden. Trotzdem das Salol in energischer Weise und bis zur Verfärbung des Urins gegeben wurde, war die Mortalität dem ernsteren Charakter der Fälle entsprechend eine höhere, als bei der Gesamtepidemie unter Einschluſs der leichteren Fälle, und das Mittel zeigte auch keinerlei Fähigkeit, die Entstehung von sekundären Eiterungen, Furunkeln und Abscessen zu verhindern.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkung über die Anwendung der Bierhefe bei Variola, von Conche. (*Lyon méd.* 1902. No. 41.) Der Verfasser hat neuerdings in drei Fällen von Variola und fünf Fällen von Variolois Bierhefe in einer täglichen Dosis von zwei bis drei Eſslöffeln verabreicht und durch diese Medikation in allen Fällen einen abgekürzten und in jeder Beziehung milden und leichten Verlauf der Krankheit erzielt. Über ähnliche Erfolge hat auch Pietri-Nizza berichtet. Es scheint demnach, dafs die Bierhefe die Entwicklung des die Blattern verursachenden Virus hindert, und darum wäre es vielleicht angezeigt, bei einer Blatternepidemie prophylaktisch Bierhefe zu verabreichen. *Götz-München.*

Die Arbeiten Ed. Jenners, und deren Wert für das jetzige Studium der Blattern, von George Dock-Ann Arbor, Mich. (*New York med. Journ.* 29. Nov. und 6. Dez. 1902.) D. war in der Lage, die ganze Sammlung der ersten Ausgabe von Jenners Werken über die Impfung zu studieren und gibt hier eine ziemlich ausführliche Beschreibung über dessen Lebensgang und Arbeiten. Zur Zeit des ersten Erscheinens (1799) seiner Arbeit über „Vaccine-Impfung" stand J. im fünfzigsten Lebensjahre. Liest man sie im Lichte der heutigen Wissenschaft durch, so mufs man, so behauptet D., erstaunt sein über die in vielen Teilen unvollständige Beweisführung, z. B. findet sich keine systematische Beschreibung der Vaccine-Affektion, sei es bei Menschen oder Kühen. Welch grofsen Segen J. mit seiner Erfindung — der Vorwurf, welcher ihm von mancher Seite gemacht wurde, dafs er ihn pekuniär zu sehr ausnützte, dürfte kaum zutreffen — stiftete, beweisen die Zahlen de la Condemines, wonach um die Mitte des 18. Jahrhunderts jeder zehnte Todesfall durch Blattern bewirkt und ein Viertel aller Menschen durch diese entweder getötet oder für Lebenszeit verstümmelt oder entstellt worden seien. Vor Umlauf des Jahres 1799 wurden Impfanstalten eingerichtet, und nach Umlauf eines weiteren Jahres waren bereits 6000 Personen in England und auf dem Kontinent geimpft (nach J.s Angabe). Die erste Regierung, welche offiziell von der Schutzimpfung gegen Blattern Notiz nahm, war die preufsische, welche im Jahre 1801 dieselbe warm empfahl und schon im folgenden Jahre ein öffentliches Impfinstitut einrichtete. In Notfällen wurde es Pfarrern, Schullehrern, Hebammen erlaubt, zu impfen, jedoch nur unter Aufsicht des nächsten Kreisphysikus, der Impfverschleifs wurde geregelt, der allgemeine Handel damit, welcher viele minderwertige und sogar schädliche Lymphe auf den Markt brachte, verboten. In den meisten anderen Ländern gab es noch keine staatliche Kontrolle über die Impfung, welche sich besonders der Empfehlung von seiten des Klerus und der Damenwelt zu erfreuen hatte: ein Rev. Finch soll 3000 Leute geimpft haben, ehe das Jahr 1802 vorüber war, nach den Angaben Jenners sollen im Februar 1805 von seinen „schönen Schülerinnen" 20000 bereits geimpft worden sein, und eine derselben, Lady Charlotte Wrottesley, zählte 10000 eigene Fälle vor dem Jahre 1808. Es folgten bald eine Reihe anderer Arbeiten Jenners („Anleitungen zur Vaccine-Impfung", „Ursprung der Impfung" u. s. w.), in welchen er sich aber nicht an dem Wortkampfe beteiligte, der zuzeiten sehr heftig geführt wurde. Jenners einziger Fehler bezüglich seiner Entdeckung war, dafs er zeitlebens an der Idee festhielt, als währte die Immunität eine ganze Lebenszeit hindurch. Dock geht nun auf den Siegeszug über, welchen die Impfung und Wiederimpfung in den civilisierten Staaten antrat, und hebt in der Geschichte dieses medizinischen Kapitels, als besonders ruhmreich hervortretend, die deutschen Staaten heraus — Württemberg machte schon im Jahre 1833 die Wiederimpfung für alle Rekruten obligatorisch, Preufsen 1834 u. s. f. Der Umstand, dafs jedoch trotz einmaliger Impfung die Blattern noch allenthalben herrschten und jetzt noch herrschen, läfst auch diesen amerikanischen Forscher den elegischen Wunsch anstimmen, es möge sich auch im Lande der Freiheit endlich die Vernunft zur Zwangsimpfung und -Wiederimpfung bekehren lassen, ein Zwang, welcher in den deutschen Landen so wohltätige Folgen gehabt habe. *Stern-München.*

Einige Worte zur Impffrage, von O. Boulengier. (*Presse méd. belge.* 1903. No. 11.) Die Mitteilung knüpft an das vermehrte Vorkommen von Pocken in Belgien während des laufenden Jahres an, in dem so viele Personen sich haben wiederimpfen lassen wie nie zuvor. Überhaupt hat sich in dieser Periode die Geneigtheit des Publikums, sich gewissen in hygienischem Sinne wichtigen Eingriffen des Arztes, wie sie die Impfung darstellt, in der umfassendsten Weise zu erkennen gegeben, wie man mit Genugtuung feststellen darf. Auch protestierte es nicht mehr gegen Desinfektion nach

Variolose bewohnter Räume und benutzter Wäsche- und Kleidungsstücke, sondern es verlangte diese Maßnahmen von selber. Aus diesen und anderen Gründen hält der Verfasser eine obligatorische Impfung, durch Gesetz einzuführen, nicht für notwendig und zeitgemäß. Aus den übrigen Mitteilungen sei ein Fall von Erstimpfung bei einem Kind von acht Monaten hervorgehoben, in welchem sich drei Pusteln erst zwei Wochen nach Vornahme der Impfung entwickelten. *Hopf-Dresden.*

Einige Tatsachen mit Bezug auf die Impffrage; Erfahrungen bei der neuerlichen Pockenepidemie in der Grafschaft Essex, von C. Fraser-Dagenham. (*Lancet.* 20. Dez. 1902.) Das beigebrachte Material liefert nur eine weitere Bestätigung für den Wert einer gründlichen und wiederholten Impfung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Einige Mitteilungen über die Vaccination, von Heman Spalding - Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 1902. No. 15.) Das Vertrauen zur Impfung ist in Amerika in weiten Kreisen, auch unter den Ärzten, noch ein recht geringes. Es sollen nicht selten Fälle zur Beobachtung gekommen sein, in denen Pockenerkrankungen trotz kurz voraufgegangener Impfung erfolgten. Verfasser weist alle solche Fälle zurück, da er aus Erfahrung weiß, was alles von Ärzten für Pocken- und für Impfnarben angesehen wird und da ein großer Teil der Mißerfolge bei Impfungen auf die Verwendung ganz wertloser Lymphe, wie sie lange Zeit von einer Firma vertrieben wurde, zurückzuführen ist. Die Erfahrungen des Verfassers während der letzten zehn Jahre sprechen durchaus zu Gunsten der Impfung. Er betont, daß jeder Mensch für die Impfung empfänglich ist; ein absoluter Schutz gegen die Pocken besteht erst, wenn die Empfänglichkeit für die Vaccination erloschen ist. Zur Aufklärung des Publikums hat das Gesundheitsamt in Chicago, dem Verfasser angehört, ein „Impfglaubensbekenntnis" verfaßt, in dem auf Ehre und Gewissen versichert wird:

1. daß nur die wirkliche Impfung, bis zum Erlöschen der Empfänglichkeit wiederholt, stets gegen Pocken schützt;

2. daß die richtige Impfung (an einem sauberen Arm, mit reiner Lymphe, bei sauberer Nachbehandlung) nie und nimmer eine ernste Wunde machen wird;

3. daß solch eine Impfung eine charakteristische, von anderen ganz verschiedene Narbe hinterläßt, die durch das ganze Leben erkennbar bleibt und das einzig beweisende Zeichen einer erfolgreichen Impfung ist;

4. daß die Impfung nie Schäden hinterläßt, daß aber andererseits jährlich Tausende von Menschenleben geopfert werden durch Versäumnis der Impfung, und diese Versäumnis ist nur eine Folge der Unkenntnis.

Dieses „Bekenntnis" wurde in Plakatform in allen Gasthäusern Chicagos ausgehängt und fand bald auch außerhalb Chicagos weite Verbreitung.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Impfanstalten in Italien, von M. Freyer-Stettin. (*Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanit.* 3. Folge. Bd. 24. No. 2.) Verfasser schildert ausführlich das Verfahren der Lymphgewinnung, wie es in den Anstalten zu Florenz, Bom, Neapel, Genua und Mailand geübt wird. Die Arbeit hat natürlich vorwiegend für die an Impfanstalten tätigen Ärzte Bedeutung. Im übrigen ersieht man daraus, daß die Sache auf sehr viel verschiedene Arten gehandhabt wird. Welche von diesen die besten Resultate liefert, ist noch unentschieden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einige volkstümliche Einwände gegen das Impfen, von W. R. Fisher-Swiftwater, Pa. (*Med. Rec.* 19. Juli 1902.) Verfasser ergeht sich ziemlich weitschweifig in Allgemeinbetrachtungen und schlägt schließlich die Errichtung eines Zentralinstituts vor zur Überwachung der Lymphproduktion und der Ausführung der Impfung, sowie zur Entscheidung strittiger Fragen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einige wissenschaftliche und praktische Betrachtungen über Schutzimpfung, von P. H. Bryce-Toronto. (*New York med. Journ.* 7. März 1903.) Die Ausführungen Bryces, welche er auf der 97. Jahresversammlung der Medizinischen Gesellschaft von New York machte, gipfeln wiederum in der Überzeugung, dafs eine unter staatlicher Kontrolle stehende Schutzpockenimpfung allein im stande sei, eventuell von der Lymphe zuweilen herrührende Schädigungen abzustellen. Staatlich angestellte Impfärzte, welche die Listen der Impflinge in Evidenz halten müfsten, seien weiterhin zur richtigen Ausführung der Impfung eine Notwendigkeit, kurz, die Schutzimpfung, wie sie schon längst in Deutschland bestehe, sei als Ideal dieser gegen die Blattern so wirksamen Schutzmafsregel anzusehen, und deren Einführung müsse auch trotz aller demokratischen Bedenken in ganz Nordamerika resp. in den Vereinigten Staaten mit allen Mitteln angestrebt werden. *Stern-München.*

Beitrag zum Studium der histologischen Veränderungen bei den Schafblattern, von Tabusso. (*Rif. med.* 1902. No. 61. IV.) Abgesehen von den Lungen, sind die Veränderungen bei den Schafblattern nicht als wirklich spezifische zu betrachten. In anatomo-pathologischer Beziehung hat die Affektion grofse Ähnlichkeit mit der Diphtherie oder der Cholera des Menschen, sowie mit dem experimentellen gelben Fieber. *C. Müller-Genf.*

Impfausschläge, von H. P. Towle-Boston. (*Bost. med. and surg. Journ.* 4. Sept. 1902.) Nach einigen aus der Literatur geschöpften Bemerkungen beschreibt Verfasser folgende Fälle:

I. Ein vierjähriger Knabe acquirierte einige Tage nach der erfolgreichen Entwicklung von gut ausgebildeten Vaccinebläschen ganz analoge Läsionen an einigen Stellen, welche Sitz eines alten, trockenen Ekzems waren. (Sekundäre Vaccination? Ref.)

II. Bei einer Frau mit später Entwicklung der Impfbläschen zeigten sich nebst Rötung und Schwellung des geimpften Armes Gebiete von juckender Rötung und geringer Schwellung an beiden Knien und an dem rechten Oberschenkel. Sie verschwanden in einigen Tagen mit Hinterlassung einer geringen Pigmentierung.

III. Bei einem zweijährigen Knaben entstanden am sechsten Tage nach der Impfung an den Nates und an anderen Stellen rote Flecke von ähnlicher Art wie die obigen. Sie vergingen nach zwei Tagen.

IV. Ein sechsjähriges Mädchen bot am zehnten Tage nach der Impfung mehrere papulöse und papulovesikulöse Läsionen an verschiedenen Stellen dar. Daneben Urticaria factitia. Heilung in zwei Tagen.

V. Ein Psoriatiker, fast geheilt, rezidivierte in ausgedehnter Weise zwei Wochen nach der Impfung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ausschläge und Komplikationen bei der Kuhpockenimpfung, von G. Pernet-London. (*Lancet.* 10. Jan. 1903.) Enthält im wesentlichen eine Aufzählung der in der Literatur verzeichneten Beobachtungen dieser Art und bestätigt nur die Ansicht, dafs die Gefahren bei einer richtig durchgeführten Impfung minimal sind. Nicht allgemein bekannt ist es vielleicht, dafs auch von Pferden (und nach Bosc und Bourquier auch von Schafen) eine der Vaccine analoge Affektion gelegentlich auf Pferdeknechte und Tierärzte übertragen wird. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beiträge zur Kenntnis der Nebenpocken im Verlaufe der Vaccination, sowie der postvaccinalen Exantheme, von Alfred Groth. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 3.) Die ziemlich allgemein verbreitete Ansicht, dafs die in der nächsten Umgebung des Impffeldes auftretenden Nebenpocken oder Vaccinolae infolge der oberflächlichen Verletzungen (Aufkratzen der Haut) und Verschleppung des Impfstoffes entstehen, erscheint dem Verfasser nur für wenige Fälle zutreffend. Die Nebenpocken verdanken in den meisten Fällen ihre Entstehung einer Verschleppung von Keimen

auf dem Lymphwege, und zwar müssen diese Keime nicht notwendigerweise das uns unbekannte Vaccinevirus enthalten. — Als generalisierte Vaccine sind alle post vaccinationem auftretenden Exantheme zu bezeichnen, die durch eine Verschleppung des Vaccinevirus auf dem Blutwege verursacht sind, gleichviel ob es sich dabei um disseminierte Pusteln oder um papulöse, erythematöse oder vesikulöse Eruptionen handelt. Freilich können nur die Fälle, in denen auf dem Blutwege entstandene Blasen mit den typischen Merkmalen der Impfpusteln vorhanden sind, mit Sicherheit als generalisierte Vaccine bezeichnet werden; in allen anderen Fällen mufs die Frage, ob generalisierte Vaccine oder ein postvaccinales Exanthem vorliegt, offen bleiben. Das Auftreten der generalisierten Vaccine hängt höchstwahrscheinlich nicht von einer besonderen Beschaffenheit der verwendeten Lymphe, sondern vielmehr von einer individuellen Disposition des Impflings ab. Die Prognose der generalisierten Vaccine ist in unkomplizierten Fällen stets eine gute, in den mit Ekzem komplizierten Fällen dagegen eine zweifelhafte. Die Impfung ekzematöser Kinder hält der Verfasser für absolut unzulässig: die häufig beobachtete Lokalisierung des Vaccineprozesses auf ekzematösem Boden ermöglicht jede Infektion von aufsen, es entwickelt sich unter Umständen ein der allgemeinen Sepsis vollkommen analoger Krankheitszustand, dem die Kinder nicht selten erliegen. *Götz-München.*

Ein Fall von Tetanus nach Schutzpockenimpfung, von Willis S. Cooke-New York. (*New York med. Journ.* 10. Jan. 1903.) Nach den verschiedenen Statistiken, welche C. studierte, ist Tetanus im Kindesalter besonders gefährlich und liefert eine Durchschnittssterblichkeit von 80%; bei Kindern unter fünf Jahren sei dieselbe noch gröfser, der Tetanus aber in diesem Lebensalter, besonders bei Neugeborenen, ziemlich selten. C. berichtet über einen Fall, wo bei einem vierjährigen Mädchen vier Wochen nach der Schutzpockenimpfung, welche am Unterschenkel ausgeführt worden ist, ein typischer Tetanus mit hohem Fieber, Trismus und Opisthotonus und allgemeinen Konvulsionen ausbrach. Die Behandlung mit Tetanusantitoxin (800 Einheiten mehrmals injiziert) brachte bald Besserung, aufserdem wurde noch innerlich Bromkalium und Chloral gegeben. Die Konstatierung, dafs das Antitoxin die Tetanussterblichkeit beträchtlich vermindere (um die Hälfte), fand sich auch hier bestätigt. Als Ursache der Infektion nimmt C. in diesem Falle an, dafs Strafsenschmutz beim Spielen des Kindes in die Impfpusteln kam, da die Impfung selbst mit peinlicher Sauberkeit ausgeführt worden sei. (Immerhin dürften solche Fälle vor allem zur Warnung dienen, an so ungeschützten Stellen die Impfung vorzunehmen. Ref.) *Stern-München.*

Impfung und Pocken, von S. H. Durgin-Boston. (*Boston med. and surg. Journ.* 30. Jan. 1902.) Zur Zeit, als dieser Vortrag gehalten wurde, befanden sich in den Pockenhospitälern 175 Patienten, und die Epidemie war noch im Zunehmen begriffen. Die Mortalität betrug 13%. Verfasser bespricht die Unvollkommenheiten der Impfung in Amerika und erwähnt, dafs in Mexiko seit dem Jahre 1800 durchweg Menschenlymphe mit gutem Resultate bei einmaliger Impfung für die Lebensdauer verwendet werde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 37. No. 3. 1. August 1903.

Über Urticaria pigmentosa perstans.

Von

Prof. Dr. Reiss,
Vorstand der dermatologischen Klinik in Krakau.

Mit 3 Farbentafeln und 1 Abbildung im Text.

Die Pathogenese der Urticaria pigmentosa wurde erst in den letzten Dezennien einer eingehenden Erörterung unterworfen, und dies sowohl im Sinne einer strikten und ausgiebigen klinischen Beobachtung, welche seit Nettleship von seiten einer ganzen Reihe hervorragender Kliniker der genannten Dermatonose in vielfacher Richtung geschenkt wurde, als auch im Sinne kritischer, histologischer Studien, welche dem Ziele entgegenstrebten, die histopathologische Entität dieses Krankheitsbildes festzustellen, andererseits aber auch auf die Beziehungen dieser Fälle zu der grofsen Gruppe der bekannten Angioneurosen einiges Licht zu werfen.

Urticaria pigmentosa ist erst seit nicht sehr langer Zeit näher bekannt. Hauptsächlich wurde das Leiden in England beobachtet, und es waren auch englische Ärzte, welche die Dermatologen auf das Leiden zuerst aufmerksam gemacht haben. Erst im Jahre 1881 wurden mehrere ähnliche Fälle auch auf dem Kontinente von Pick (*Prager Zeitschrift für Heilkunde*) beschrieben und erörtert. Es scheint wohl keinem Zweifel zu unterliegen, dafs die Fälle von Urticaria pigmentosa auch viel früher vielfach vorgekommen sind, ohne dafs dieselben jedoch im richtigen Sinne beurteilt wurden.

Den ersten Fall dieses Exanthems verdanken wir Nettleship, welcher das Leiden im Jahre 1869 (*Brit. med. Journ.* 18. Heft) unter dem Namen „Chronic Urticaria laeving brown stains" vom rein klinischen Standpunkte beschrieben hat. Fünf Jahre lang war dies der einzige bekannte Fall dieser Krankheit. Erst im Jahre 1874 stellten gleichzeitig Morrant Baker und Tilbury Fox Kranke mit dem bekannten Ausschlage vor, indem Baker das Exanthem als eine Kombinationsform des Erythems mit Urticaria zu erklären versuchte, während Tilbury Fox das Leiden mit dem Namen Xanthelasmoidea belegte.

Zwei Jahre später publizierte Barlow einen einschlägigen Fall, wo der Ausschlag im dritten Monate auftrat und noch nach Verlauf von sechs Jahren nicht gewichen war.

Nachdem Sangster im Jahre 1877 einen neuen Fall dieser Krankheit beschrieben hat, wurde für das Leiden der Name einer Urticaria pigmentosa dauernd beibehalten, da der Autor seine Meinung dahin ausgesprochen hat, dafs dabei ein kausaler Nexus zwischen der Dermatonose und einer dauernd bestehenden vasomotorischen Neurose nicht zu verkennen ist.

Die Zahl der Publikationen über Urticaria pigmentosa ist seit Nettleship sehr bedeutend geworden. Die einschlägige Literatur verfügt über Fälle von Morrow, Barlow, Goodhart, Cavafy, Stephen-Mackenzie, Pick, Lewinski, Propert, Elsenberg, Kaposi, Feulard, Unna, Fabry, Róna, Bäumer, Doutrelepont, Blümer und vielen anderen, Ungeachtet dessen finden sich in der Pathogenese und in der klinischen Einteilung der Urticaria pigmentosa noch viele und nicht unwichtige Fragen, welche einer endgültigen Lösung harren.

Nach unseren jetzigen Kenntnissen können die verschiedenen Abarten der Urticaria folgendermafsen eingeteilt werden: 1. Urticaria acuta; 2. Urticaria chronica, welche sich aus einer fortlaufenden Reihe von akuten Schüben zusammensetzt; 3. Urticaria perstans (Willan), bei welcher die individuelle Lebensdauer der einzelnen Efflorescenzen im Gegensatze zu dem meist flüchtigen Charakter der gewöhnlichen Urticaria eine über Tage, Wochen und Monate andauernde ist. Sie ist in zweifacher Form bekannt: bei der ersten besteht aufser der durch die begleitende Hyperämie entstandene Färbung eine besondere Pigmentierung, bei der zweiten bleiben nach Schwinden der essentiellen Hyperämie die betreffenden Hautbezirke längere Zeit oder auch andauernd hyperpigmentiert (Pick).

Mit der letztbeschriebenen Form eng verwandt ist die Urticaria pigmentosa (Sangster), welche jedoch sowohl im klinischen als auch im histopathologischen Sinne eine gewisse Sonderstellung beansprucht. Denn während bei einer Urticaria perstans die urtikarielle Erhebung tage- oder aber auch wochenlang persistiert, und auch die zurückgebliebenen Pigmentflecke in gewisser Zeit sich zurückbilden, ist die Urticaria pigmentosa eine in der Kindheit oder aber ganz wahrscheinlich auch intrauterin auftretende Dermatose, welche ganz gewifs eine Reihe von Jahren in ihrer vollkommenen Entwicklung andauert und durch eine ziemlich charakteristische histologische Struktur sich von den übrigen Formen der Urticaria unterscheidet. Unna unterscheidet auch diese Form als eine bei lokaler Disposition durch periphere Reize entstandene Dermatose von der von Pick beschriebenen Urticaria perstans mit Pigmentbildung.

Die Schilderung der klinischen Symptome der Urticaria pigmentosa ist bereits von Paul Raymond in ganz erschöpfender Weise gegeben

worden (1888). Ich möchte demnach nur diejenigen klinischen Symptome berücksichtigen, welche das Verständnis des histopathologischen Befundes in ganz besonderer Weise zu fördern scheinen.

Sehr charakteristisch ist gewifs das sehr frühzeitige Auftreten in mehreren in der Literatur vorgeführten Fällen, sogar am zweiten bis fünften Lebenstage. Dies weist doch unzweifelhaft auf eine intrauterin erworbene (wenn nicht vielleicht hereditäre) Veranlagung hin, welche in einer ganz enormen vasomotorischen Reizbarkeit der allgemeinen Decke bestehen mufs. Ganz bezeichnend hierfür wäre die in vielen Fällen erwähnte Tatsache, dafs an Stellen, an denen die Kleider der Haut enger anpassen oder dieselben reiben, die Efflorescenzen am dichtesten zu Tage treten.

Die vasomotorische Reizbarkeit ist für das Verständnis der Pathogenese der Urticaria pigmentosa gewifs nicht zu entbehren, und dies um so mehr, als in allen jenen Fällen, denen wir in der einschlägigen Literatur begegnen, und in denen die Affektion ganz sicher zu diagnostizieren war, die erwähnte hohe vasomotorische Erregbarkeit die eigentliche Grundlage bildete, von der alle übrigen klinischen Symptome erst abzuleiten sind.

Unna hat diese Disposition als peripher zu erklären gesucht. Wenn man jedoch alle diejenigen Fälle beherzigen will, bei denen die erkrankte Hautfläche um soviel gröfser war als die normale, und dann ganz besonders diejenigen Fälle, in denen die Dermatose in durchaus symmetrischer und universeller Weise auftrat, dann ist meiner Ansicht nach doch ein zentrales Bedingtsein allerdings gewifs nur der Disposition als wahrscheinlich anzunehmen. Ich wiederhole, „nur der Disposition", weil es doch jedem einleuchten wird, dafs die Erklärung der Quaddelbildung nur auf reine, zentrale Impulse hin gewifs auf nicht geringe Schwierigkeiten scheitern mufs. Viele Autoren haben ja schon darauf hingewiesen, dafs es nicht gut denkbar ist, circumskripte Ödeme, wenn auch im Sinne einer Quaddel, auf rein vasomotorische Impulse hin zurückführen zu wollen, besonders wenn man die Fälle im Auge behält, wo das Ödem besonders dort zum Vorschein kommt, wo die Haut verschiedenen Reizen ausgesetzt wird. Wir müssen also wirklich den direkten Mechanismus der Quaddelentstehung eher in den in der Haut liegenden Einrichtungen, vielleicht in den allerdings hypothetischen peripheren Gefäfsnervenapparaten, suchen, wie dies schon von G. und J. Hoggan und neuerdings von Mackenzie und Schütz für verschiedene Urticariaformen bereits behauptet wurde.

Aber auch diese Auffassung der Sache wird nicht im stande sein, uns alle Fälle der Urticaria zu erklären, und Jarisch behauptet gewifs mit Recht, „es hiefse sich die Augen verschliefsen, wollte man die allgemeine, zentral bedingte Innervationsstörung der Gefäfse, wie sie so häufig und besonders durch den Umstand zum Ausdruck kommt, dafs an Hysterie

oder anderen nervösen Erkrankungen (Syringomyelie) Leidende ein grofses Kontingent zur Urticaria stellen, vernachlässigen".

Dieser einzige Faktor, d. h. das zentrale Bedingtsein der bezüglichen Disposition, genügt aber in keiner Weise, die urtikariellen Symptome ohne weiteres zu begründen, und wir sind notgedrungen genötigt, insbesondere bei der Urticaria factitia, eine rein mechanische Einwirkung auf die peripheren Gefäfse mit in den Kauf zu nehmen; mit anderen Worten: um nur das Hervorsprieſsen einer Quaddel vollkommen erklären zu können, dürfen wir auf das Mitspielen der peripheren Reizung im Sinne rein irritativer Insulte nicht verzichten.

Angenommen aber, dafs zur Entstehung der Quaddel bei Urticaria factitia sowohl die zentrale Disposition, als auch die periphere, mechanische Einwirkung nötig erscheinen, liegt es gewifs sehr nahe, die Annahme obiger Bedingungen auch bei einer idiopathischen Urticaria gelten zu lassen. Wir wissen ja, dafs nach rein peripherer Giftwirkung (Insekten, Prozessionsraupe) auch bei Abwesenheit der zentralen Disposition des Individuums Quaddeln zu entstehen pflegen. Und so liegt es auch nahe, toxische Wirkung auch in jenen Fällen von Urticaria anzunehmen, bei denen man geneigt wäre, nur reine Reflexwirkungen in Verdacht zu haben, wie z. B. bei Urticaria nach Blutegelbissen oder bei Eingeweidewürmern.

Nur die Fälle von rein nervöser Urticaria, und damit meine ich die Quaddelbildung nach psychischen Affekten, dürfte in peripherer Reizung der Gefäfswandungen kaum ihre Erklärung finden können. Aber auch in diesen Fällen könnte man wohl annehmen, dafs hier der eine Faktor im Mechanismus der Quaddelbildung vielleicht als Folge von Autointoxikation bereits bestand und erst unter dem Einflusse des psychischen Insultes zur entsprechenden Wirkung gelangte, womit also das zweite wichtige ätiologische Moment in der Reizung der Gefäfse durch Toxine gegeben wäre.

Es dürfte also wohl doch der Wahrheit am nächsten liegen, wenn wir die Quaddelbildung als das Resultat zweier Komponenten auffassen werden, und zwar einerseits der allgemeinen Innervationsstörung, andererseits aber einer direkten Läsion der peripheren Gefäfse, wobei vielleicht in einzelnen Fällen nur die Wirkung des einen oder des anderen Faktors für sich auszureichen im stande wäre. So würde z. B. ein Insektenbifs an und für sich das Zustandekommen einer Quaddel vielleicht in genügender Weise rechtfertigen können.

Wenn also Unna bemerkt, dafs wir bei der ätiologischen Betrachtung der Urticaria „eine Additionsrechnung" zu machen haben, so werden wir ihm in der Mehrzahl der Fälle nur zustimmen müssen.

Unna unterscheidet klinisch zwei Formen der Urticaria pigmentosa, eine grofsfleckige und eine kleinfleckige, während Raymond drei Typen aufstellt: 1. Knötchenform (Forme nodulaire; Type Xanthelasmoidea de

Tilbury Fox); 2. Fleckenform (Forme maculeuse; Type Cavafy); 3. gemischte Form (Forme mixte). Von Hallopeau wurde noch eine besondere Varietät als lichenoide Form beschrieben. Fabry hebt in seiner diesbezüglichen Arbeit (*diese Zeitschr.* 1895. Bd. 34) die klinische Selbständigkeit der Urticaria pigmentosa xanthelasmoides gegenüber der Urticaria pigmentosa simplex hervor.

Aufserdem müssen wir gewifs noch eine andere Form der Urticaria mit Pigmentbildung unterscheiden, welche wohl mit der Urticaria pigmentosa (sensu stricto) klinisch nahe verwandt sein dürfte, die aber erst im späteren Alter aufzutreten pflegt und persistierende Pigmentflecke hinterläfst. Es haben sich bereits Raymond, Arning, Pick und Morrow deutlich dahin ausgesprochen, dafs man alle anderen Formen der Urticaria, welche mit Pigmentbildung einhergehen, als „Urticaria mit Pigmentbildung" („avec pigmentation") von der Urticaria pigmentosa unterscheiden soll.

Letztere ist aber nicht nur klinisch, sondern auch histopathologisch eine ganz genau charakterisierte Dermatose, indem eine geschwulstartige Anordnung der Mastzellen einigermafsen für die Krankheit als pathognomisch zu bezeichnen ist. Auf dieses histologische Merkmal hatte zuerst Unna aufmerksam gemacht, womit gewifs auch die Beschreibungen früherer Autoren (Hoggan, Fox) übereinstimmen, wenn ihnen auch die wahre Natur der von ihnen beschriebenen „ödematösen" Zellen nicht genau bekannt war. Die späteren Untersucher, wie Raymond, Quinquaud und Nicolle, und insbesondere Bäumer, waren in der Lage, den von Unna gedeuteten Befund zu bestätigen. Bäumer hat aufserdem in seiner wertvollen Arbeit einen experimentellen Beitrag für die Entstehung der Mastzellen aus den Bindegewebszellen geliefert. Jadassohn und Doutrelepont vermochten die geschwulstartige Anordnung der Mastzellen nicht zu bestätigen, wenn auch sie beide ein besonders starkes Auftreten dieser Zellenart wohl zugeben. Ich könnte in meinem Fall wohl auch von keinen Tumoren reden, wenn auch die an gewissen Stellen in dichter Anordnung gedrängten Zellen gewifs als ein ganz charakteristisches histopathologisches Moment gedeutet werden müssen. Mit Recht bemerkt aber Bäumer, dafs der gewisse Mastzellentumor als ein successiv entstandenes Gebilde gewifs nur im Höhestadium der Dermatose im Sinne einer Zellengeschwulst hervortreten kann, so dafs es keineswegs als auffällig zu bezeichnen ist, wenn einzelne Forscher denselben nicht zu beobachten Gelegenheit hatten. Als isoliert sind die Befunde Picks und Fabrys zu betrachten, welche Hämorrhagien im Cutisgewebe beschrieben haben, auf welche sie die Pigmentierung (Pick) resp. auch die Erhebung der Efflorescenzen über das normale Hautniveau (Fabry) zurückführen. Weitere Untersuchungen werden es gewifs künftighin ergeben, ob man diese histologischen Differenzen, d. h. Hämorrhagien einerseits, Mastzellentumor andererseits, auch zur

klinischen Trennung verschiedener Formen von Urticaria pigmentosa (Urticaria perstans hämorrhagica Pick) wird heranziehen können. Die Quaddel der Urticaria pigmentosa hat jedoch auch einige klinische, ganz besondere und nicht unwichtige Merkmale. Die einzelne Quaddel zeichnet sich entweder durch eine ungewöhnlich lange Persistenz aus, oder es tritt an ein und derselben Hautstelle, die dann gewissermafsen zu einem „locus minoris resistentiae" geworden ist (Bäumer), mehrmals hintereinander, durch irgend welche Reizung bedingt, Quaddelbildung ein. Dafs die bereits bestehenden Flecke wirklich als „loci minoris resistentiae" zu betrachten sind, ergibt sich daraus, dafs in vielen bisher beschriebenen Fällen gerade nur im Bereiche der Flecken eine Urticaria factitia hervorgerufen werden konnte.

Infolge der an einer und derselben Stelle oft hintereinander auftretenden Quaddeln erscheinen bereits nach kurzer Frist gelbe Pigmentflecke.

Elsenberg bemerkte, dafs die Identität der Färbung durch spätere Nachschübe an derselben Stelle vielfach verstärkt wird. In vielen Fällen bleibt der pigmentierte Fleck dauernd etwas über die Oberfläche der Haut erhaben, obwohl dies nicht immer zutrifft, wie in meinem Falle, wo die Mehrzahl der Flecke das Hautniveau gar nicht überragte.

Die Farbe der Flecke setzt sich nach Bäumer aus Komponenten zusammen, und zwar aus der gelben Farbe des abgelagerten Pigmentes und der roten Farbe der meist gleichzeitig vorhandenen Hyperämie, so dafs eine braunrote Mischfarbe entsteht, aus der sich die rote Komponente durch Fingerdruck entfernen läfst. Dies mag in frischen Fällen oder während eines neuen Schubes der Dermatose wohl zutreffen, man wird aber wohl Fälle finden, wo, da neue urtikarielle Nachschübe bereits seit langer Zeit ausgeblieben sind, die rote Komponente vollkommen fehlt und die betreffenden Pigmentflecke bräunlich oder auch dunkelbraun erscheinen.

Alle Autoren haben den Prozefs einstimmig für eine Urticaria, welche pigmentierte, meistens leicht erhabene Flecke hinterläfst, erklärt. Die Ursache aber, welche dieses Leiden hervorruft, bleibt dennoch bis heute ein Rätsel. Weder der klinische Verlauf noch das gewissenhafteste histopathologische Studium der Dermatosen vermochten ein Licht über die Entstehung des Ausschlages zu werfen, und dies um so weniger, als fast bei allen bisher publizierten Fällen die Krankheit bei vollständig gesunden und von durchaus gesunden Eltern stammenden Kindern aufgetreten ist. Rein theoretische Erwägungen und Raisonnements über das Wesen der Krankheit haben ebensowenig zur genügenden Aufklärung des Prozesses beigetragen. So glaubt Kaposi, dafs die feinen Gefäfse und Kapillaren, welche bei der Urticaria einer Lähmung anheimfallen und leichter als normalerweise nicht nur Blutserum, als auch rote Blutkörperchen durch ihre Wände durchlassen, diese Fähigkeit im Verlaufe der Urticaria pigmentosa in viel höherem Grade besitzen, wobei die Pigmentablagerung in

der Haut eine viel bedeutendere ist, und die Resorption derselben in sehr träger Weise stattfindet. Bei dieser Form von Urticaria soll nach Hoggan die Erweiterung der Gefäfse und der Blutzufluſs sehr rasch entstehen. Bald darauf dringen auch farblose Blutkörperchen in das Gewebe der Haut hinein, wobei ihr Protoplasma gleichzeitig wesentlich anzuschwellen beginnt. Das Leiden soll durch eine gesteigerte Reizbarkeit der subepidermalen Ganglien, von welchen der subepidermale Nervenstrang, welcher die ganze Haut samt Gefäfsen innerviert, abgeht, hervorgerufen werden.

Dies alles sind ja aber Hypothesen, welche gewifs ihrer wissenschaftlichen Erklärung bezw. Bestätigung noch lange harren werden.

Was die Entstehung der Urticariaquaddeln im allgemeinen anbetrifft, so stimmen in dieser Richtung die Meinungen der Autoren auch nicht ganz überein. — Auspitz, Vidal, Schwimmer u. a. haben ihre Entstehung mit vasomotorischen Störungen erklärt. Unna nennt das Ödem bei Urticaria — elastisches Ödem. Ein Druck mit dem Finger stöfst auf einen bedeutenden Widerstand in den natürlichen Abzugskanälen der Lymphe. Da die Quaddeln gewöhnlich nach Applikation von Mitteln, welche den Spasmus der Gefäfse aufheben (Bepinseln mit Ammoniak, Injektion der Atropinsalze) schwinden, so würde dies beweisen, dafs die Störung in dem Abflusse der Ödemflüssigkeit von dem Nerveneinflusse, welcher den Verschluſs dieser Wege bedingt, abhängig ist. Wir finden einigermafsen eine Bestätigung dessen im histologischen Bilde einer künstlichen Urticariaquaddel. Man findet nämlich in der Umgebung von Gefäfsen und Drüsen stark verbreiterte Lymphräume und Lymphgefäfse, wie auch primäre Spalträume, welche in den tieferen Cutisschichten an Umfang und Gröfse noch zunehmen.

Diese Tatsachen bewogen Unna zur folgenden Erklärung der Quaddelbildung: Der Krampf der Hautvenen ist so grofs, dafs sie die aus den Kapillaren strömende Flüssigkeit nicht zu resorbieren im stande sind, wodurch die tiefen und dann auch die oberflächlichen Lymphräume erweitert werden.

Nach dieser vor Jahren von Unna aufgestellten Theorie soll also das circumskripte Ödem der Quaddel rein mechanisch durch die Kontraktion kleiner Hautvenen und die dadurch bedingten Mifsverhältnisse zwischen Zufuhr und Abfuhr des Blutes — also einerseits durch Blutstauung, andererseits aber durch eine gleichzeitige Störung in der Aufsaugung des vermehrten Transsudates von seiten der kontrahierten Venen, zu stande kommen.

Diese Theorie ist jedoch mit unseren Kenntnissen über Venen- und Lymphstauung nicht in jeder Richtung in Einklang zu bringen. Es ist gewifs nicht leicht anzunehmen, dafs die Kontraktion einzelner kleiner Hautvenen eine Blutstauung hervorrufen könnte, die im stande wäre, ein

klinisch in so hohem Grade wahrnehmbares Ödem zu bewirken. Auch fehlen ja gröfstenteils im klinischen Bilde einer Urticaria die Erscheinungen der eigentlichen Blutstauung im wahren Sinne des Wortes. Wir haben hier vielmehr alle Merkmale der fluxionären, aktiven Hyperämie. — Wenn man auch die gewifs wichtige, den Venen bei der Resorption der Lymphe zukommende Rolle nicht im geringsten leugnen wird, so wird man doch, wie JARISCH ganz richtig betont, die Bedeutung der Lymphgefäfse für die Resorption nicht allzu gering veranschlagen können. Man findet die Ursache der Elasticität des Ödems in der gestörten Verdrängungsfähigkeit der Ödemflüssigkeit in die umgebenden Lymphräume, und deren Aufnahme durch das benachbarte, kontrahierte, venöse Kapillarnetz.

Die Untersuchungen von BÄUMER haben aber in ganz genügender Weise bewiesen, dafs diese Erscheinung auch dadurch ihre Erklärung finden kann, dafs das urtikarielle Ödem kein rein interstitielles, sondern auch parenchymatös ist. Nachdem also die UNNAsche Theorie nicht genügt, das Problem des urtikariellen Ödems in jeder Richtung vollkommen zu erklären, geschweige denn zu lösen, so sind wir doch genötigt, die Ursache des Ödems in einer plötzlich auftretenden erhöhten Durchlässigkeit der Gefäfswände zu erblicken, wobei die Einrichtungen zur Resorption der in grofser Menge angesammelten Flüssigkeit wohl nicht genügen, worauf KROMAYER bereits hingewiesen hat.

Wodurch die erhöhte Durchlässigkeit der Gefäfse bedingt werde, ob auf rein vasomotorischem Wege (durch Funktionsstörungen der peripheren Gefäfsganglien) oder durch direkte Schädigung der Gefäfswände durch eventuell im Blute zirkulierende Gifte, wird gewifs noch lange Zeit eine offene Frage bleiben.

Die Eigentümlichkeit der urtikariellen Erscheinungen bei der Urticaria pigmentosa besteht wohl darin, dafs fast in allen Fällen der Krankheit eine Urticaria factitia hervorgerufen werden kann, welche aber hauptsächlich an die alten Residuen der primären Schübe gebunden erscheint, dafs sich also an den bereits abgeflachten und braun gewordenen Flecken und Plaques durch Reizung und mechanische Einflüsse oder auch durch thermische Reize, Gemütsbewegungen, neuerdings Turgescenz und Quaddelbildung einzustellen pflegen.

Bei manchen Kranken entstehen bei solcher Gelegenheit wohl überdies auf den gesund gebliebenen Hautstellen deutliche Quaddelbildung oder wenigstens hyperämische Flecke; während aber die älteren gereizten Plaques nur allmählich sich abflachen und auf das frühere Niveau herabsinken, sind die an den freigebliebenen Stellen entstandenen Quaddeln resp. hyperämischen Flecke ganz flüchtiger Natur und verschwinden, ohne irgend welche Spuren einer Pigmentation zu hinterlassen. Das Krankheitsbild der Urticaria pigmentosa kann je nach der Intensität der Pigmen-

tationen, der Ausbreitung und Gröfse der Efflorescenzen sehr verschiedene Nuancen darbieten.

Was die sogenannten Nachschübe der urtikariellen Symptome betrifft, so scheinen dieselben gewöhnlich nur im ersten Jahre des Bestandes der Krankheit stattzufinden. In späteren Jahren kommt es nur hier und da zum Turgescieren einiger Plaques, was auch in unserem Falle beobachtet wurde.

Es scheint mir nicht ohne Interesse, die ausführliche Beschreibung eines Falles einer typischen Urticaria pigmentosa hier wiederzugeben, den ich im Ambulatorium meiner Klinik in den letzten Monaten zu beobachten Gelegenheit hatte.

Rudolf Czarnobay, vier Jahre alt, aus Krakau, erschien im klinischen Ambulatorium im September 1901. Die Mutter, welche das Kind in die Klinik brachte, erwähnt, dafs der Fleckenausschlag seit der Geburt des Kindes besteht. Es sind am ganzen Rumpf, teilweise auch an den Extremitäten „rote Quaddeln" aufgetreten, die die Hebamme als Schälblattern bezeichnete. Die sehr intelligente Mutter des Knaben schildert das Exanthem in sehr präciser Weise. Die roten Flecke haben denen nach Berührung von Brennesseln ähnlich ausgesehen, auf denen sich im Verlaufe von einigen Tagen kleine Schuppen gebildet haben. Nach Abstofsung derselben sind rote, hier und da leicht nässende Flecke zurückgeblieben. Die roten Flecke sind bei Kälteeinwirkung blau geworden. Der Ausschlag hat im ersten Jahre fort und fort an neuen Stellen zugenommen. Nach Verlauf des ersten Jahres sind neue Herde nicht mehr aufgetreten, die alten aber haben zum Teil allmählich eine bräunliche Farbe angenommen. Das Kind hat eine ziemlich empfindliche Haut beibehalten; bei Kälteeinwirkung oder bei psychischer Aufregung haben die bereits braun gewordenen Flecke eine ins Rote spielende Farbe angenommen, um aber nach etwa einer halben Stunde zu verblassen. Auch sind bei derselben Gelegenheit hier und da an neuen Stellen rote Flecke zum Vorschein gekommen, was aber nie von Pigmentationen gefolgt wurde. Bis zum Ende des zweiten Jahres hat ein gelinder Juckreiz bestanden, ohne aber je heftig gewesen zu sein. Auf die braunen Flecke hat weder die Mutter noch irgend jemand zu Hause weiterhin irgend welchen Wert gelegt. Das Kind hat bis heute gar keine Krankheiten durchgemacht; in hereditärer Richtung ist nichts zu eruieren. Anzeichen von Skrophulose, Drüsenschwellungen etc. sind nicht vorhanden gewesen.

Die Eltern sind selbst gesund, weder sie noch ihre Geschwister haben je irgend eine Hautkrankheit durchgemacht.

Status praesens (siehe photographische Abbildung). Man sieht am Rücken, Brust und Hals sowie auch an den Extremitäten (besonders an den Beugeseiten) des blondhaarigen, mit zarter Haut versehenen, aber sonst ganz kräftig gebauten Patienten eine grofse Anzahl diffus ver-

teilter, hellgelber bis dunkelbrauner, nur zum kleinen Teil leicht erhabener Flecke von ganz unregelmäfsiger Form, von Stecknadelkopf- bis Linsengröfse, welche auf den ersten Blick als kleine Naevi imponieren. Handteller und Fufssohlen erscheinen vollkommen frei. Die Flecken konfluieren nirgends mit einander, und bieten gröfstenteils in ihren zentralen Partien ein etwas dunkleres Kolorit. Wenn man die fleckigen Stellen reizt, in dem man die Haut reibt, so kann man an manchen Stellen ein minimales Anschwellen der Efflorescenzen wahrnehmen, wobei zugleich in der Umgebung der Flecke ein roter Halo zu Tage tritt. Die Quaddelbildung beschränkt sich also nicht ganz auf die braune Verfärbung, sondern geht etwas über den Rand der letzteren hinaus. Am Halse und an den Extremitäten sind unregelmäfsig fleckige, ganz helle Pigmentierungen vorhanden, welche eine Urticaria factitia nicht im geringsten Grade aufweisen. Wenn man die vom Exantheme frei gebliebenen Hautpartien noch so lange in verschiedener Weise reizt, war man zur Zeit der Untersuchung nicht im stande, aufser banalen hyperämischen Striche und Flecken irgend welche urtikariellen Erscheinungen hervorzurufen. Die der Untersuchung zugänglichen Schleimhäute sind vollkommen frei. Im Harne keine pathologischen Bestandteile. — Wir haben also in diesem Falle ziemlich typische Anamnese einer bereits intrauterin entstandener Urticaria pigmentosa, welche jedoch nur im ersten Lebensjahre hochgradige Symptome auftauchen liefs, und jetzt nach Ablauf von vier Jahren sehen wir noch die gewifs sehr deutlichen Reste der Krankheit. Die residualen Krankheitsherde haben zwar ihre klinisch charakteristischen Eigenschaften, d. h. die Pigmentierung und die Neigung auf äufsere Reize mit Urtikation zu reagieren, im gewissen Grade gewahrt, jedoch ist an den übrigen Territorien

der allgemeinen Decke eine vasomotorische Labilität im Sinne einer Urticaria factitia nicht erhalten.

Das klinische Bild entspricht vollkommen einer Urticaria pigmentosa maculosa (Feulard) im Gegensatze zur geschwulstähnlichen Urticaria xanthelasmoides, wobei anzunehmen ist, dafs die Differenzen gewifs nur als rein quantitativ zu beurteilen sind.

Das für die mikroskopische Untersuchung bestimmte Hautstück wurde vom Thorax entnommen. Die histologische Untersuchung vieler Präparate (für deren Anfertigung ich Herrn Doz. Krzysztalowicz meinen besten Dank ausspreche) ergab folgendes: Bei schwacher Vergrößerung (Fig. 1) sieht man besonders in den oberen Schichten der Cutis eine kleinzellige Infiltration, welche meist die Gefäfse, stellenweise aber auch die Talgdrüsen, hier und da auch die Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen begleiten, während die Schweifsdrüsenkanäle selbst meistens frei bleiben. Man sieht auch an manchen Präparaten in ganz präciser Weise, dafs die Infiltrationszone, welche die Gefäfse umgibt, an vielen Stellen einzelne Ausläufer nach den tieferen Cutisschichten sendet. An manchen Stellen findet sich unter dem normal breiten Epithel eine unregelmäfsige, im Zentrum dichtere, nach der Peripherie mehr lockere Anhäufung von Zellen, welche sich nach unten in verschiedenen Richtungen maschenförmig fortsetzt und speziell an den Haarbälgen in die Tiefe geht.

Zwischen und nach aufsen von diesen Zellen liegen an vielen Stellen so reichlich, dafs sie dieselben an manchen Stellen sogar überlagern, Mastzellen mit charakteristischer Farbenreaktion, von sehr unregelmäfsiger Form mit weitreichenden Ausläufern und Ausbuchtungen. Durch diese Zellenelemente, welche höchst unregelmäfsig angeordnet sind, machen manche Präparate geradezu den Eindruck, als ob hier und da Farbstoffniederschläge vorhanden wären, was jedoch bei stärkerer Vergrößerung vollkommen auszuschliefsen ist. Diese Stränge von Mastzellen scheinen in ihrem Verlauf auch hauptsächlich den Gefäfsen zu folgen, deren Lumen in ihrer Mitte sehr oft zu erkennen ist. An vielen Stellen finden wir die genannten Mastzellen im weiteren Umkreise oder auch radiär um die eigentliche kleinzellige Infiltration in ziemlich grofser Anzahl. Vereinzelte Mastzellen zwischen den Zellen der Epidermis, wie sie von Jadassohn beschrieben wurden, war ich nie im stande, wahrzunehmen. Jadassohn nimmt an, dafs sie in seinem Falle unter der Einwirkung des kurze Zeit vor der Exzision erzeugten Ödems zur Auswanderung angeregt worden sind. Bei stärkerer Vergrößerung (Fig. 2) sieht man die Infiltrate, besonders um die Gefäfse aus folgenden Komponenten zusammengesetzt. Dichte Zellhaufen und Zellstränge begleiten das subpapilläre Gefäfsnetz, reichen aber nie bis zur Papillarschlinge selbst und senden nach den tieferen Partien die bereits früher erwähnten Fortsätze. In den oberen

Cutisschichten kann man unabhängig davon eine weniger dichte Infiltration unterscheiden (Fig. 2), in welcher die Zellen ziemlich weite Abstände von einander zeigen. Diese letztere sehen wir hauptsächlich in den Papillen, sowie in den der MALPIGHIschen Schicht angrenzenden Partien der Cutis. Die die Infiltration zusammensetzenden Zellen bestehen teils aus Rundzellen, teils aus deutlich tingierten Plasmazellen, ganz besonders in der subpapillären Schicht wird die Infiltration gröfstenteils von letzteren gebildet.

Das kutane Bindegewebe zeigt an vielen Stellen keine auffälligen Veränderungen, an manchen Stellen jedoch sehen wir im kollagenen Bindegewebe vielfache Dehiscenzen, die kollagenen Bündel serös imbibiert und verquollen, die Bindegewebsspalten stärker erweitert (Fig. 5). Aufserdem findet man, namentlich in den tieferen Teilen der Cutis, vielfach erweiterte Gefäfse, sowie auch in der Nähe der Haarbälge, welche an vielen Stellen eine mächtige Entwicklung aufweisen (Fig. 3). In dem Verhalten der elastischen Fasern, sehen wir auch keine vollkommen normalen Verhältnisse. Obwohl sie an vielen Stellen, so besonders in den unteren Cutisschichten, keine wesentlichen Veränderungen aufzuweisen scheinen, so gewahrt man dennoch in subpapillärer Schicht deutliche Abnormitäten im Sinne einer Rarefizierung der elastischen Elemente, wobei die einzelnen Fasern zugleich viel dünner werden und stellenweise wie abgerissen erscheinen (Fig. 1). Dafs die Ursache dieser Verhältnisse in der serösen Durchtränkung des kollagenen Gewebes zu suchen wäre, liegt ziemlich nahe.

Aufserdem wären noch zu erwähnen kleine Cysten von rundlicher Gestalt, welche vielfach in der Epidermis und speziell im Stratum mucosum angetroffen werden. Ich erwähne sie nur deshalb, weil dieselben ziemlich konstant vorgefunden werden (Fig. 3), worauf schon RÓNA in seiner Arbeit über Urticaria pigmentosa aufmerksam gemacht hat. Aufser den erwähnten Cysten zeigt die Epidermis keine wesentlichen Veränderungen; nur sind die Epitheleinsenkungen stellenweise bedeutend verlängert, sonst keine abnormen Verhältnisse.

Pigment findet man nicht so reichlich, wie es nach dem klinischen Bilde zu erwarten wäre; viele Schnitte waren vollkommen pigmentlos. Sonst findet man es im allgemeinen in der untersten Lage der MALPIGHIschen Schicht. Nur hier und da sind noch kleine Pigmentanhäufungen in den obersten Cutisschichten vorhanden (Fig. 6). An einigen Präparaten sind vereinzelte Pigmentkörnchen sowohl in den oberen Zellenlagen des Stratum mucosum, sowie auch in den unteren Cutisschichten wahrzunehmen (Fig. 6).

Die Pigmentation, welche bei klinischer Betrachtung so sehr in den Vordergrund tritt, steht überhaupt im histologischen Bilde an Bedeutung

hinter der Mastzellenansammlung weit zurück. Das Pigment ist ziemlich feinkörnig von goldgelber Farbe (Fig. 6). Pigmentzellen in der Cutis, wie sie ELSENBERG, oder Pigmenthäufchen, wie sie THOMAS COLCOTT FOX, RAYMOND und JADASSOHN beschreiben, konnte ich nur in einigen wenigen Präparaten vorfinden (Fig. 6).

In den Fällen von RAYMOND und PICK fehlt die Pigmentation der basalen Retezellen. RAYMOND möchte die erwähnten Pigmenthäufchen sowie die Mastzellen für die klinisch gelbbraune Pigmentierung verantwortlich machen. Diese Annahme ist, wie schon BÄUMER sehr richtig bemerkte, soweit unhaltbar, als die Granula der Mastzellen keine spezifische Farbe besitzen, und als das Durchschimmern derselben durch die intakte Epidermis einen gewifs anderen optischen Effekt hätte als eine dunkel- bezw. gelbbraune Pigmentierung.

Nicht also die Pigmentierung, welche im histologischen Bilde so sehr in den Hintergrund tritt, wohl aber die wirklich abnorme Mastzellen-Ansammlung wäre gewifs als ein Charakteristikum der Urticaria pigmentosa zu betrachten, und zwar besonders die Anordnung derselben in den bereits beschriebenen Haufen und Strängen (Fig. 2). Dergleiche Anhäufungen findet man mit Ausnahme der histologischen Darstellung des Naevus mollusciformis (JADASSOHN) kaum in der Histopathologie der Haut.

Die Mastzellen finden wir hier hauptsächlich in zwei Formen (Fig. 4). Erstens finden wir langgestreckte, mehr spindelförmige Zellen mit stark entwickelten Granulationen, dann aber auch andere mehr polygonale, oder auch runde mit verschiedenen Ausläufern versehene Mastzellen, welche hauptsächlich in der Nähe gröfserer Gefäfsstämme vorgefunden werden. Man findet aber dieselben auch vereinzelt zwischen den Bindegewebsbündeln liegen. Aufserdem liegen viele derselben zwischen den Papillen in der Nähe der Epithelgrenze; zwischen den Retezellen habe ich nie welche gefunden (Fig. 2).

Bei unserer Unkenntnis von der Bedeutung der Mastzellen überhaupt, wäre es gewifs überflüssig, neue Hypothesen über ihr Auftreten bei irgend welcher Dermatose aufzustellen. Nach EHRLICH resp. WESTPHAL, sind Mastzellen Abkömmlinge des Bindegewebes, welche sich unter besonders günstigen Ernährungsverhältnissen befunden haben. Demgemäfs entstehen auch diese Gebilde in gröfserer Menge besonders da, wo eine Stauung des Lymphstromes stattfindet, und wo eine Anhäufung von Ernährungsmaterial in reichlicher Menge vorhanden ist. So finden wir diese zelligen Elemente in grofser Menge bei Elephantiasis, wo für obige Bedingungen in besonderer Weise gesorgt wird.

Die Beobachtungen BÄUMERS haben ergeben, dafs der Reichtum an Mastzellen immer mit Veränderungen des Gefäfsapparates verbunden ist, welche eine progressive Ernährungsstörung zur Folge haben müssen. Eine

wesentliche Bestätigung der Anschauung Ehrlichs liefert ganz gewifs das absolute Fehlen der Mastzellen in den Fällen von seniler, pergamentähnlicher Atrophie der Haut (Bäumer).

Wir finden wohl in der einschlägigen Literatur die verschiedensten Anschauungen über das Wesen der Mastzellen, welche vielfach von einander divergieren. So betrachtet Metschnikoff die Mastzellen als Reiniger der Entzündungsprodukte. Die Granula derselben sollen nach ihm Produkte sein, die andere Zellen beim Entzündungsprozefs ausgeschieden haben. Nun wissen wir aber, dafs die Mastzellen gerade bei akuten Entzündungen (Erisypel) entweder fehlen oder aber nicht zahlreicher sind als unter normalen Verhältnissen. (Westphal, Bäumer.)

Raudnitz betrachtet die Mastzellen für mucinös degenerierte Zellenelemente, da sich die Granula, ähnlich wie Mucin, metachromatisch rot färben. Philippson hat auf eine Beziehung der Mastzellen zur Pigmentation hingewiesen. Seine Anschauung basiert auf dem Vorkommen von Pigment- und Mastzellengranulis in einer und derselben Zelle. Die Mastzellen sollen hier also die Rolle von „Chromatogenophoren" übernommen haben. Nun kommen aber, wie Bäumer ganz richtig bemerkte, Mastzellen in verschiedenen Organen vor, wo eine Pigmentierung überhaupt nicht besteht. Und so liefert uns ganz gewifs die Anschauung Ehrlichs das meist genügende Verständnis für die Bedeutung und das Wesen der Mastzellen, und dies um so mehr, als diese Anschauung durch spätere Untersuchungen Bäumers eine vielseitige Bestätigung erfahren hat.

Eine Lymphstauung könnte nach Ehrlichs Meinung zunächst eine Proliferation des Bindegewebes in der Gefäfsadventitia bewirken, und aus diesen, durch Teilung entstandenen mobilen Tochterzellen, könnten successive Mastzellen entstehen. Sie hätten also die Aufgabe, das überreichlich produzierte Material in sich aufzuspeichern und dasselbe auf einige Zeit dem histobiologischen Verkehr zu entziehen.

Dafs die Mastzellen bei der Urticaria pigmentosa noch nach Jahren, wo also der Prozefs vom rein klinischen Standpunkte nichts weniger als bereits abgetan zu betrachten wäre, in solchen Mengen vorgefunden werden, scheint mir jedenfalls dafür zu sprechen, dafs auch nach dieser Frist von einem definitiven Aufhören der Erkrankung, resp. von dem Erloschensein der eigenartigen individuellen Disposition der Haut nicht die Rede sein kann. Man könnte wohl also Unna kaum zustimmen, dafs die Mastzellen, wie das Pigment, viele Jahre lang an dieselben Cutisregionen gebunden erscheinen. Es liegt gewifs viel näher, anzunehmen, dafs die Mastzellenproliferation immer und immer erneuert wird, und zwar unter dem Einflusse der nie aufhörenden, auf die Haut einwirkenden schwachen Reize, die nicht immer genügen, geradezu eine Quaddel auftauchen zu lassen, aber doch in den dazu disponierten Haut-

regionen spontane Reizeffekte im histobiologischen Sinne zu verursachen im stande sind.

Blumer hat in seiner jüngsten Arbeit über Urticaria pigmentosa den Mastzellenbefund als Kriterium der histologischen Diagnose zweier Typen dieser Dermatose aufgestellt. Er unterscheidet eine Urticaria pigmentosa mit Mastzellentumor (Typus Unna) und eine Urticaria pigmentosa mit disseminierten Mastzellen (Typus Jadassohn-Róna).

Nach Blumer besteht ein wahrer Mastzellentumor im Sinne Unnas nur in denjenigen Fällen, in welchen der Prozefs in der frühesten Kindheit eingesetzt hat. Im Gegenteil hierzu ist der Beginn der Erkrankung in den Fällen mit disseminierten Mastzellen ganz unbestimmt. So würden der Fall Unna, der Fall Bäumer, sowie der erste Fall Blumer die Verhältnisse eines Mastzellentumors bieten, während der Fall Róna, der Fall Jadassohn und der Fall Blumer No. II disseminierte und relativ spärliche Mastzellen aufweisen. Die Zusammenstellung einer Reihe von bezüglichen Fällen bestätigt dem Autor die Tatsache, dafs alle Fälle mit Mastzellentumor in der frühesten Kindheit einsetzen, während alle Mitteilungen der Fälle, deren Beginn nicht in die frühe Kindheit fällt, als Fälle mit disseminierten Mastzellen gedeutet werden müssen. Dieser charakteristische Unterschied zwischen dem auf die früheste Kindheit beschränkten Beginn der Krankheit einerseits und dem ganz unbestimmten Beginn andererseits spräche also zu Gunsten der Auffassung, dafs man es hier — histologisch genommen — mit zwei in keinem Zusammenhang zu einander stehenden Affektionen zu tun hätte.

Nach Blumers Auffassung bestehen im histologischen Verhalten beider Abarten der Urticaria pigmentosa noch anderweitige Unterschiede. Für die Bilder mit Mastzellentumor wäre bemerkenswert, „dafs aufser der Anwesenheit von Mastzellen, keine wesentlichen Veränderungen bestehen, dafs speziell entzündliche Veränderungen entweder ganz fehlen (wie im Fall Elsenberg) oder höchstens durch ganz vereinzelte Lymphocyten zwischen den Mastzellen sich kundgeben (Unna)". — „Demgegenüber ist das mikroskopische Bild bei den Fällen mit disseminierten Mastzellen ein sehr mannigfaltiges. Róna beschreibt für seine diesbezüglichen Präparate, neben einer sehr mäfsigen Zahl von Mastzellen, dichte Zellhaufen und Zellstränge, die teils aus mononukleären Leukocyten, teils aus Plasmazellen bestanden. Dazu kam Erweiterung der Lymph- und Blutgefäfse." Nach den Ergebnissen Blumers resultiert auch eine relative Unabhängigkeit der Mastzellenansammlungen vom Bestehen respektive Fehlen urtikarieller Eruptionen, wobei zugleich ein Mastzellentumor keineswegs ein Höhestadium der Bilder mit disseminierten Mastzellen darstellt. Es müfste also angenommen werden, dafs einem Masttumor eine andere uns allerdings

unbekannte mastzellenbefördernde Ursache zu Grunde liegt, als den Fällen mit disseminierten Mastzellen.

Dafs mein Fall mit den Ergebnissen BLUMERS in klinisch-histologischer Richtung nicht in Einklang gebracht werden kann, ist klar. Da in meinem Falle ein Mastzellentumor geradezu fehlt, und die Zellen vielmehr nur in disseminierten Herden angetroffen wurden, müfste er wohl mit dem Typus „Urticaria pigmentosa mit disseminierten Mastzellen" (JADASSOHN-RÓNA) im histologischen Sinne gestempelt werden. Auch sind in meinem Falle ganz evidente chronisch-entzündliche, perivaskuläre Infiltrationen vorhanden; in dieser Richtung stimmen also die histologischen Postulate auch ganz genau miteinander. Nun besteht aber in meinem Falle die Dermatose seit der Geburt des Kindes, was aus der ganz genauen Anamnese der Mutter zu entnehmen ist, ohne dafs hier irgendwo ein Mastzellentumor wahrgenommen werden konnte. Ich möchte mich also in Anbetracht dessen, gegen eine gar so scharfe Trennung beider Urticariaarten im Sinne BLUMERS doch verwahren, so lange wir nicht durch weitere klinisch-histologische Studien noch manches Neue über die Dermatose erfahren, und insbesondere so lange uns überhaupt die Rolle der Mastzellen nicht näher bekannt sein wird.

Wenn wir den in unserem Falle erhobenen Befund in einigen Worten resumieren wollen, so lassen sich folgende Hauptschlüsse hervorheben und betonen:

Die ziemlich intensive Infiltration, welche nicht nur gerade in den oberflächlichen Cutisregionen vorhanden ist, und wo sie nur angetroffen wird, immer und immer in dichter Anordnung alle gröfseren und kleineren Gefäfse umscheidet, läfst einen gewissen chronisch-entzündlichen Zustand, wenn auch geringeren Grades, gewifs kaum verkennen. Irgendwelche frische Emigration morphologischer Elemente aus dem Blute ist im perivaskulären Gewebe allerdings nicht wahrzunehmen; die dichten Zellenreihen dieser perivaskulären Infiltration weisen aber dennoch auf irritative Vorgänge in ganz genügender Weise hin. — Diese Infiltrationsherde liegen aber auch aufserdem in den Papillen, sowie auch ganz lose in den subpapillären Cutispartien. Hervorzuheben ist weiter der ödematöse Zustand des Bindegewebes, namentlich in den mittleren und oberen Teilen desselben, welcher auch in den ausgiebigen Dehiscenzspalten des kollagenen Gewebes, in den erweiterten Lymphgefäfsen, den gröfseren Lymphspalten und in dem Verquollensein der groben Bindegewebsbündel seinen Ausdruck findet. Die kleinzellige Infiltration wird peripher von einer ziemlich spärlichen Menge Mastzellen begleitet; sonst bilden die Mastzellen, welche im ödematösen Gewebe gewifs reichlich vertreten sind, ihre eigenen Herde und Gruppen, welche teilweise einzelne Gefäfse umgeben, teilweise aber um die Talgdrüsen und Haarbälge gelagert erscheinen. Von Mastzellentumoren

im wahren Sinne des Wortes kann in meinem Fall gewifs nicht die Rede sein Die Zellen erscheinen zwar hier und da in einer erheblichen Menge, ohne aber den Namen einer eigentlichen Geschwulst im Sinne UNNAS zu verdienen, weil sie die kleinzelligen Infiltrate an Zahl und Dichtigkeit in vielen Präparaten gewifs nicht übertreffen.

Der Pigmentierung möchte ich irgend eine spezifische Bedeutung nicht zuschreiben; sie unterscheidet sich histologisch kaum von der bei vielen anderen mit Pigmentbildung einhergehenden Dermatosen; ich betrachte sie also mehr als ein begleitendes Symptom. Sie kommt bekanntlich auch bei einfacher Urticaria chronica vor und wäre bei einer Urticaria pigmentosa nur durch das häufige Rezidivieren des urtikariellen Exanthems im Bereiche derselben Hautterritorien zu erklären. Die Permanenz der Pigmentablagerung ist aber eine bei den verschiedensten Prozessen zu beobachtende Erscheinung.

Als eines der markanten histologischen Merkmale, abgesehen von den Mastzellengruppen, möchte ich in meinen Präparaten die gewifs nicht zu unterschätzende perivaskuläre Rundzelleninfiltration hervorheben, wie man dieselbe nur bei chronisch-entzündlichen Prozessen zu Gesicht bekommt. Ob dieselbe vielleicht teilweise durch vorhergegangene Emigration zelliger Elemente aus dem Blute zu stande gekommen ist, ob es sich also bei den perivaskulären Infiltrationsherden um eventuell umgewandelte Leukocyten handelt, oder aber nur um Wandelformen der fixen Bindegewebszellen, das entzieht sich vorläufig unserer Beurteilung, und eine endgiltige Lösung dieser gewifs für die Histogenese der Urticaria pigmentosa nicht unwichtigen Frage wird lediglich Sache des pathologischen Experimentes bleiben.

Literatur.

1. LONG FOX, Über chronische Urticaria. *Journ. of cut. med.* 1870. — Ref. *Archiv f. Dermat. u. Syph.*
2. PICK, Über Urticaria perstans. *Prager Zeitschr. f. Heilk.* 1881. II. Bd. — Ref. *Archiv f. Dermat. u. Syph.*
3. MORROW, Urticaria pigmentosa. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XI, S. 368.
4. GOODHART, Ein Fall von Urticaria pigmentosa. *Med. Tim. and Gaz.* I. No. 149. — Ref. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XI, S. 616.
5. CAVAFY, Urticaria pigmentosa. *Lancet.* 1880.
6. MACKENZIE, Über Urticaria pigmentosa. *Med. Tim.* 1880.
7. LEWINSKI, Über Urticaria pigmentosa. *Virch. Arch.* 1882. Heft 8. — Ref. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XIV, S. 516.
8. COLCOTT FOX, Urticaria pigmentosa or xanthelas moidea. Separ. London 1884. — *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XVII, S. 829.
9. KAPOSI, Über Urticaria pigmentosa. Vortrag in der k. k. Ges. der Ärzte, Wien. — Ref. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XVIII, S. 710.

10. Elsenberg, Über einen Fall von Urticaria pigmentosa. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XX, S. 357.
11. Majkowski, Urticaria pigmentosa. *Medycyna.* 1888. No. 3. — Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XX, S. 422.
12. Elliot, Urticaria pigmentosa. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1887.
13. Isaak, Urticaria pigmentosa. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XXI, S. 146.
14. Wickham et Thibault, Note sur deux cas d'Urticaire pigmentée, forme maculeuse. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1881. — Ref. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XXI, S. 391.
15. Deligny, Ein Fall von Urticaria pigmentosa. *Cour. méd.* Paris 1888. — Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XXI, S. 766.
16. Doutrelepont, Über einen Fall von Urticaria pigmentosa. Naturforschervers. Heidelberg 1889. — Ref. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XXII, S. 206.
17. Mibelli, Ein Fall von Urticaria pigmentosa. Firenze 1888. — Ref. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XXII, S. 252.
18. Nettleship, Über Urticaria. *Brit. med. Journ.* 1869. — Ref. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. II, S. 272.
19. Stelwagon, Ein Fall von Urticaria pigmentosa. *Amer. Journ. of the med. scienc.* Ref. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XXIV, S. 317.
20. Lesser, Über Urticaria pigmentosa. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Erg. Bd. XXIV, S. 245.
21. Unna, Über Anatomie und Pathogenese der Urticaria simplex und pigmentosa. Sektion f. Derm. der Naturforschervers. Berlin 1886. Autoref. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XIX, S. 181. — *Monatshefte f. prakt. Derm.* Ergänzungsheft I. 1887. — Ref. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XIX, S. 1016.
22. Rapin, Über seltene Urticariaformen. *Revue méd. de la Suisse.* 1887. — Ref. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XIX, S. 1027.
23. Jadassohn, Urticaria pigmentosa. Demonstr. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XXIX, S. 142.
24. Fabry, Über Urticaria pigmentosa. IV. Kongr. d. Deutsch. derm. Ges.
25. Schwimmer, Urticaria haemorrhagica. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XXXIII, S. 450.
26. Fabry, Urticaria pigmentosa xanthelasmoides und Urticaria chronica perstans papulosa. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XXXIV, S. 21.
27. Bäumer, Beiträge zur Histologie der Urticaria simplex und pigmentosa. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XXXIV, S. 323.
28. Blaschko, Fall von Urticaria haemorrhagica. Verh. d. Berl. derm. Ges. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XXXIX, S. 127.
29. Tannhäuser, Fall von Urticaria haemorrhagica. Verh. d. Berl. derm. Ges. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XXXIX, S. 422.
30. Plonski, Über Urticaria pigmentosa. Verh. d. Berl. derm. Ges. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XXXVIII, S. 279.
31. Lesser, Fall von Urticaria pigmentosa. Verh. d. Berl. derm. Ges. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XXXVIII, S. 469.
32. Rohna, Fall von Urticaria mit Pigmentbildung. Verh. d. Berl. derm. Ges. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XXXIX, S. 233.
33. Róna, Über Urticaria mit Pigmentbildung. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XL, S. 13.
34. Winternitz, Urticaria pigmentosa. Demonstr. im Verein deutscher Ärzte. — Ref. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XL, S. 417.
35. Kaposi, Urticaria papulosa perstans. Demonstr. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XLV, S. 127.

36. Cutler, Urticaria pigmentosa. Demonstr. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XLI, S. 112.
37. Gilchrist, Urticaria pigmentosa. Ref. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XLI, S. 319 u. Bd. XLV, S. 285.
38. Roux, Urticaire pigmentaire. *Thèse de Bordeaux.* 1896/97. — Ref. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. L, S. 284.
39. Kreibich, Über Urticaria chronica. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. XLVIII, S. 163.
40. Raymond et Feulard, Cas d'urticaire pigmentaire. Demonstr. I. Intern. Kongr. Paris 1890.
41. Radcliffe Crocker, Urticaria pigmentosa. III. Intern. Kongr. London 1896.
42. Robinson, Urticaria pigmentosa. III. Intern. Kongr. London 1896.
43. Hoggan, Urticaria factitia. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1883.
44. Quinquaud et Nicolle, Beitrag zur Histologie der Urticaria pigmentosa. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1891. S. 393.
45. Blumer, Beiträge zur Kenntnis der Urticaria pigmentosa. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXXIV, No. 5.

Erklärung der Tafeln.

Fig. 1. Durchsichtspräparat. Schwache Vergrößerung. Saures Orcein, Methylenblau, Glycerinäther.

Fig. 2. Zellige Infiltration um die Gefäße. Mittlere Vergrößerung. Methylenblau, Glycerinäther.

Fig. 3. Haarbalg und Gefäße. Starke Vergrößerung. Methylenblau, Glycerinäther.

Fig. 4. Mastzellen. Immersion. Methylenblau, Glycerinäther.

Fig. 5. Kollagen-Imbibition. Dehiscenz der kollagenen Bündel. Mittlere Vergrößerung. Neutrales Orcein, Methylenblau, Glycerin.

Fig. 6. Pigmentablagerungen in der Malpighischen Schicht und im Corium. Starke Vergrößerung. Methylenblau, Glycerinäther.

Aus dem Institute für path. Histologie und Bakteriologie der Wiener Universität (Vorstand Prof. Dr. R. Paltauf).

Ein Beitrag zur Kenntnis der Cavernitis gonorrhoica.

Von

Dr. Siegfried Grosz.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Die Cavernitis gehört zu den seltenen Komplikationen der Gonorrhoe. Die klinische Unterscheidung erfolgt nach ihrer Ausbildung in circumskripter und diffuser Form, nach ihrem Sitze im Schwellkörper der Harnröhre oder in denen des Penis; von jeder dieser Formen kennt man die akute und chronische Entzündung, jene mit stürmischeren subjektiven Begleiterscheinungen zu Vereiterung und häufig zum Durchbruch führend, diese nach ihrem anatomischen Charakter die Verödung des kavernösen Gewebes bedingend und vornehmlich durch die dauernde Beeinträchtigung der normalen Erektionsfähigkeit des Gliedes von Bedeutung.

Bezüglich der Ätiologie besteht die Annahme zu Recht, dafs in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Gonococcus diese Komplikation bedinge, indem er vom Follikel in das perifollikuläre Gewebe, von diesem in das Corpus cavernosum vordringt; wenigstens wurde in dem Eiter periurethraler Abscesse, die ja den Endeffekt einer entweder klinisch palpablen oder nur anatomisch vorhandenen Cavernitis darstellen, fast regelmäfsig der Gonococcus (Pellizzari, Christiani, Stanziale, Welander, Vaughan und Brooks) nachgewiesen.

Über die feinere Anatomie dieser Affektion finden wir einige Bemerkungen bei Finger[1]: „Die häufigste Mitbeteiligung geht von den im Balkenwerk des Corpus cavernosum sitzenden Littréschen Drüsen aus. Jedes die Drüse und deren Ausführungsgang umspinnende periglanduläre Infiltrat ist ja dann ein kavernöses und von einer Mitbeteiligung des Corpus cavernosum haben wir um so mehr zu sprechen das Recht, als diese periglandulären Infiltrate, wenn sie schrumpfen, nicht blofs die Drüse komprimieren, sondern auch die nächstliegenden Lücken des Corpus cavernosum komprimieren und verziehen, in den Schrumpfungsprozefs einbeziehen ... Aber das chronische Infiltrat des subepithelialen Binde-

[1] Beiträge zur path. Anatomie der Blennorrhoe der männlichen Sexualorgane. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1891. Ergänzungsheft.

gewebes, wenn es dessen ganze Breite durchsetzt, hört oft nicht scharf an der Grenze des Corpus cavernosum auf, es dringt in die obersten Schichten desselben ein. In den oberen Schichten des Corpus cavernosum erscheinen dann die Balken verbreitert, von zahlreichen Rund- später Spindelzellen durchsetzt. Geht dieses Infiltrat in Schrumpfung über, so nimmt dann auch die obere Schichte des Corpus cavernosum an der Schrumpfung teil, das Bindegewebe des Balkenwerks erscheint derb, straff, die Lücken bis auf enge, spindelige Räume komprimiert."

Wie aus der Wiedergabe der FINGERschen Beschreibung erhellt, hat dieser Autor nicht die in Erörterung stehende entzündliche Infiltration des gesamten Corpus cavernosum gesehen, sondern nur die Ausstrahlungen der submukösen Infiltrate gegen die obersten Schichten des Schwellgewebes. Ich bin nun in der Lage, unsere spärlichen Kenntnisse über die pathologische Anatomie der gonorrhoischen Cavernitis zu berichtigen und zu erweitern. Gelegenheit hierzu gab mir die nachstehend skizzierte Beobachtung:

Herr B. konsultierte mich am 7. Juli 1902 wegen einer akuten Gonorrhoe. Bei der Untersuchung des Patienten palpierte ich an der Unterseite des Gliedes ein hartes Infiltrat von Erbsengröfse, das etwa in der Mitte der Pars pendula gelagert war. Auf Befragen gab Patient an, dafs dieses Knötchen seit fünf Jahren bestehe. Damals war im Verlaufe einer akuten Gonorrhoe ein periurethraler Abscefs aufgetreten, der von Prof. MRAČEK gespalten wurde. (Ich selbst habe bei diesem Eingriffe assistiert.) Seit Heilung dieser Affektion bestehe der fragliche Knoten; die Erektion sei schmerzlos, jedoch mit leichter Deviation des Gliedes vergesellschaftet, die Rigidität desselben sei geringer als vor jener Erkrankung.

Mit Rücksicht auf diese anamnestischen Daten stand ich von einer Lokaltherapie vorläufig ab und verordnete dem Patienten Oleum ligni Santali.

Nach fünf Tagen sah ich ihn wieder. An der Unterseite des Penis safs nun ein nufsgrofser, deutlich fluktuierender Abscefs mit geröteter Hautdecke, von diesem ausgehend war ein etwa federkieldicker, harter Strang zu tasten, der sich scharfbegrenzt nach oben hin bis an die Urethra verfolgen liefs. Ich nahm an, dafs an der Stelle des von früher bestehenden kavernösen Infiltrates ein Locus minoris resistentiae gegeben war, der nunmehr eine Durchwanderung der Gonokokken von der Harnröhrenschleimhaut begünstigt hatte. Möglicherweise handelte es sich überhaupt nicht um eine Neuinfektion, sondern das Infiltrat hatte Gonokokken beherbergt, die nun durch irgend einen äufseren Anlafs (Trauma, Zerrung, stürmische Erektion) eine Infektion der gonokokkenfreien Urethra anterior herbeigeführt hatten. Die letztere Überlegung veranlafste mich, dem Patienten nicht nur die Eröffnung des Abscesses, sondern die eventuelle Mitentfernung

des Stranges anzutragen, in welche er einwilligte. Es war ja zu erwarten, dafs das Verbleiben desselben eine schwere Zirkulationsstörung im Corpus cavernosum für alle Zukunft bedingt und so die Erektionsfähigkeit des Gliedes beeinträchtigt hätte.

Bei der Operation wurde an der Wurzel des Penis eine elastische Ligatur angelegt und nun zunächst der Abscefs gespalten, hierauf der erwähnte Strang bei vorsichtiger Präparation in die Tiefe vollständig von dem umgebenden Gewebe losgelöst und entfernt. Nach Anlegung einiger tiefer Nähte steht die geringe Blutung vollständig. Verband. Der weitere Verlauf war ein absolut günstiger. Auch die Heilung der Gonorrhoe ging nunmehr rasch von statten.

Nach Monaten (Januar 1903) habe ich Gelegenheit genommen, den Patienten wieder zu untersuchen. An der Stelle der stattgehabten Excision ist eine etwa linsengrofse, auf Druck nicht empfindliche Narbe tastbar. Nach Angabe des Patienten ist die Erektion nunmehr tadellos, eine Deviation des Gliedes ist nicht zu merken. Der bezügliche Zustand ist bedeutend besser als vor der Operation.

In Ausstrichpräparaten vom Abscefseiter zeigten sich sehr reichlich intra- und extracellulär gelagerte Kokkenpaare, die nach ihrem Aussehen, ihrer Lagerung, ihrem färberischen Verhalten (Gram negativ) zweifellos als Gonokokken anzusprechen waren. Ich möchte bei dieser Gelegenheit bemerken, dafs ich sowohl in diesem Falle, als auch sonst bei Untersuchung von Urethralsekreten mich seit längerer Zeit der Färbung mit Pappenheim-Unnas Pyronin-Methylgrünmischung bediene, und dem günstigen Urteile, das kürzlich Krzysztalowicz[1] über diese Färbung ausgesprochen hat, in jeder Hinsicht beistimmen kann.

Das bei der Operation gewonnene Gewebsstück wurde in Alkohol fixiert und seiner Länge nach in Serienschnitte zerlegt, dieselben wurden mit Hämalaun-Eosin, nach van Gieson, mit Thionin und polychromem Methylenblau tingiert.

Was die geweblichen Veränderungen betrifft, so war zunächst auffallend, dafs der normale Bau des kavernösen Gewebes sich nur an den äufsersten Randpartien nachweisen liefs, während der bei weitem gröfste Anteil jedes einzelnen Schnittes schwere Veränderungen aufwies. Diese sind zum Teil auf ältere, zum Teil auf jüngere Prozesse zu beziehen, insofern als sich neben und in einem Narbengewebe frische Entzündungsherde reichlich nachweisen liefsen.

Dort nun, wo dieses Narbengewebe nahezu vollständig von frischer Entzündung freigeblieben war, sah man deutlich seinen Aufbau aus spindeligen, bindegewebigen Elementen mit zum Teil homogener wie

[1] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 36, Heft 6.

hyalin veränderter Zwischensubstanz, hier und da ödematöse Durchtränkung, welche auf die später zu besprechenden akut entzündlichen Veränderungen in der Nachbarschaft zu beziehen war.

Dieses Gewebe war von Gefäfsen durchzogen, welche im Verhältnis zur Weite ihres Lumens eine auffallend dünne Wand darboten. Sie konnten keineswegs mit den ursprünglichen Gefäfslücken des Schwellgewebes identifiziert werden, sondern waren offenbar aus neugebildeten erweiterten Gefäfsen des Granulationsgewebes hervorgegangen. Hingegen waren die in unregelmäfsiger Anordnung in diesem Gewebe eingelagerten Züge glatter Muskulatur sicher als die Reste des Schwellkörpers anzusprechen.

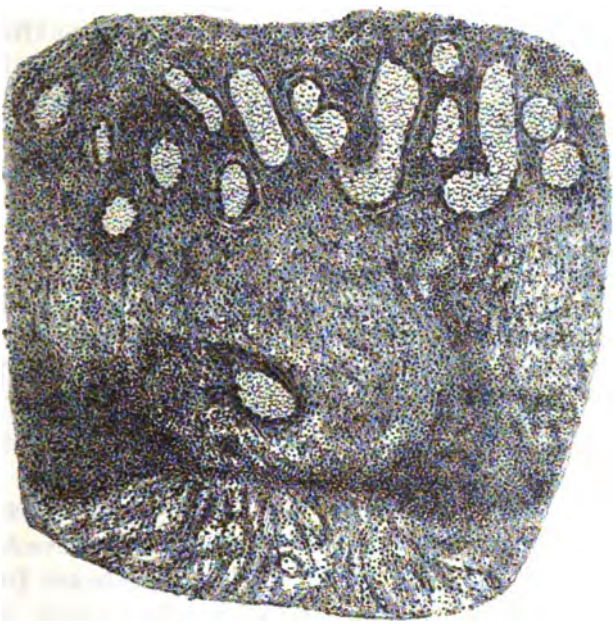


Fig. 1.

Je mehr man von der Peripherie gegen die Mitte des Gewebsstückes gelangte, desto ausgeprägter traten die akut entzündlichen Veränderungen in Erscheinung, indem das Bindegewebe immer deutlicher den Charakter frischeren Granulationsgewebes annahm, sich aus relativ grofsen, mehrfach mit Fortsätzen versehenen, locker gefügten, bindegewebigen Elementen zusammensetzte und herdweise — gewöhnlich in der Nachbarschaft der Gefäfse — mehr oder weniger umschriebene leukocytäre Infiltrate erkennen liefs. Diese letzteren bestanden aus polynukleären und mononukleären Leukocyten und waren gegen die Mitte des Gewebsstückes so dicht gestellt, dafs sie daselbst zu einem gröfseren abscefsähnlichen Herde zusammenflossen.

Dieses Verhalten, nämlich: kleinzellige Infiltration, welche mit Wucherung der bindegewebigen Elemente vergesellschaftet ist, veranschaulicht unsere Figur 1.

An keinem der Schnitte konnte trotz sorgfältigster Durchmusterung irgend etwas nachgewiesen werden, was mit Drüsen oder Resten solcher hätte in Beziehung gebracht werden können.

Da, wie oben erwähnt, in dem Abscefseiter reichlich Gonokokken vorhanden waren, schien es wahrscheinlich, dafs ihr Nachweis auch in dem Gewebe bei ihrer Wanderung durch dasselbe gelingen würde, und zwar naturgemäfs an den Orten der stärksten akuten leukocytären Infiltration. Tatsächlich konnte ich an vielen solchen Stellen in der Regel intracellulär gelagerte Gonokokken auffinden.

Fig. 2.
Apochromat.-homog. Immersion.
1500fache Vergröfserung.

Solche gonokokkenhaltige Leukocyten sind in Figur 2 wiedergegeben.

Zusammenfassend ist demnach der Prozefs als eine durch den Gonococcus bedingte akute Entzündung zu bezeichnen, deren Entwicklung in einem Gewebe vor sich ging, das durch eine früher stattgehabte ätiologisch gleichartige Erkrankung seinen ursprünglichen Charakter als Schwellgewebe bereits eingebüfst hatte.

Die Fingersche Anschauung, dafs die Entzündung längs dem Ausführungsgange der Littréschen Drüsen in das Schwellgewebe gelange, ist demnach einer Verallgemeinerung nicht fähig, denn in unserem Falle waren die drüsigen Anteile völlig zu Grunde gegangen, der Weg, den der Gonococcus genommen, mufs also ein anderer gewesen sein.

Der Nachweis von Gonokokken in dem excidierten Gewebe, der hier zum erstenmale geführt ist, ist von Bedeutung, da er meine eingangs erwähnte Überlegung als wahrscheinlich gelten läfst, und sich für alle nach Infiltrationen des kavernösen Gewebes rückbleibenden Narben die Möglichkeit ergibt, dafs sie Gonokokken beherbergen und gelegentlich Anlafs zu Reinfektionen bieten. Interesse verdient in diesem Sinne die in der Literatur sich vorfindende Beobachtung, dafs Individuen, welche im Verlaufe einer Gonorrhoe eine Cavernitis oder abscedierende Periurethritis bekamen, bei einer neuerlichen gonorrhoischen Infektion zu der gleichen

Komplikation disponieren. Beleg für diese Behauptung ist der vorliegende Fall, ferner die von Celso Pellizzari[3] mitgeteilte Kasuistik (in zwei der mitgeteilten drei Fälle Periurethritis bei zwei gonorrhoischen Infektionen!), endlich eine Bemerkung von Lang,[4] „dafs die Narbe nach ausgeheilter Periurethritis, welchen Sitzes immer, gelegentlich einer später, selbst nach Jahresfrist und darüber, acquirierten frischen Blennorrhoe sich nicht ungern neuerlich entzündet und wieder aufbricht".

Es mufs in der Folge Berücksichtigung finden, ob in solchen Fällen eine Neuinfektion stattgefunden hat, oder ob wahrscheinlicher die besprochene Autoinfektion vor sich ging.

Endlich wäre die operative Entfernung eines Stückes vom Corpus cavernosum urethrae zu rechtfertigen, wenn nicht der Erfolg dieses Eingriffes für den vorliegenden Fall jede weitere Erörterung überflüssig machen würde. Offenbar sind die zirkulatorischen Verhältnisse nach der Operation günstigere geworden als zu jener Zeit, da der Patient noch die Residuen seiner ersten Cavernitis aufwies; sie waren endlich um vieles besser, als sie ohne operativen Eingriff durch die neuerliche Entzündung des Schwellkörpers und deren narbige Konsolidierung wahrscheinlich geworden wären.

Ein Pendant zu meinem Versuche einer operativen Behandlung der circumskripten Cavernitis gonorrhoica liefern Galewsky und Hübener[5] mit der Operation der sogenannten plastischen Induration der Corpora cavernosa penis, die bisher jeder medikamentösen, mechanischen, elektrischen Behandlung Trotz geboten hat.[6] Sie berichten diesbezüglich:

„Das Gebilde präsentierte sich als eine der Albuginea angehörige bindegewebige Masse, die ziemlich tief in das Septum zwischen den beiden Corpora cavernosa hineinragte. An den Rändern ging die Geschwulst allmählich in normale Albuginea über. Mit dem Messer wurde dieselbe scheibenförmig bis zur Grenze des Gesunden abgetragen und der in der ganzen Länge der Geschwulst zwischen die Corpora cavernosa sich erstreckende Fortsatz bis in die Tiefe verfolgt und gleichfalls entfernt, so dafs schliefslich das kavernöse Gewebe sowohl auf der medialen wie auch der dorsalen Seite in einer Ausdehnung von 4½ cm Länge und ca. 3 cm Breite völlig freilag. Dieser Defekt wurde nunmehr durch versenkte Katgutnähte in der Längsrichtung verschlossen, so dafs die entsprechenden bloßgelegten dorsalen Flächen des kavernösen Gewebes in der Mittellinie aneinander adaptiert waren."

---

[3] *Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anatomie.* 1890.
[4] Der venerische Katarrh. Wiesbaden 1893.
[5] *Münch. med. Wochenschr.* 1902.
[6] Otto Sachs: Vier Fälle von sog. „plastischer Induration". *Wiener klin. Wochenschr.* 1901.

Aus der Praxis.

Die Behandlung der Trichophytiasis capitis mit Chrysarobin.

Von

Dr. Menahem Hodara-Konstantinopel.

Da die verschiedenen bisher üblichen Behandlungsarten der Trichophytie der behaarten Kopfhaut (mit Jodtinktur u. s. w.) erst nach sehr langer Zeit, meistens erst nach ein bis zwei Jahren, zum Ziele führen, so bediene ich mich bei diesem Leiden seit ungefähr zwei Jahren des Chrysarobins, das von meinem verehrten Lehrer Unna schon lange empfohlen ist.

Unna verwendet eine Chrysarobinsalbe, die, nachdem sie auf die erkrankten Teile aufgetragen ist, sorgfältig mit Zinkleim überzogen wird, um die Augen vor jeder Reizung zu bewahren. Ich verordne das Chrysarobin als 5—10%igen Zusatz zu einem Gemisch, das aus gleichen Teilen Chloroform und Glycerin besteht.

Zuerst werden die Haare ganz glatt geschnitten. Bestehen nur eine oder zwei Plaques, so wird von obiger Lösung nur auf diese aufgetragen. Sind aber über den ganzen Kopf zerstreut kranke Stellen, so bepinsele ich die ganze Kopfhaut mit der Lösung, um sicher zu sein, dafs alle kranken Punkte damit in Berührung kommen. Die Chrysarobinlösung wird zwei bis vier und mehr Tage hinter einander täglich einmal aufgetragen, je nach der Schwere des Falles. Man hört damit auf, sowie sich eine mäfsige Reizung, geringe Rötung und Ödem zeigen. In diesem Falle ist das Chrysarobin sofort sorgfältig mittels Olivenöl zu entfernen. Darauf wartet man zwei bis sechs Tage, bis die Reizung ganz vorüber ist, reinigt alsdann den Kopf mit Seife und beginnt von neuem mit der Chrysarobinbehandlung. In dieser Weise setzt man das Verfahren bis zur völligen Heilung der Trichophytiasis fort. Die nachwachsenden Haare müssen während der ganzen Zeit immer wieder kurz geschnitten werden. Die Heilung erfolgt meistens in vier bis fünf Monaten. Um zu verhüten, dafs Augen und Gesicht mit dem Chrysarobin in Berührung kommen, bedeckt man den Kopf mit einer leichten Leinenkappe, die mittels einer Binde befestigt wird. Ist die Kopf- oder die Gesichtshaut infolge des Chrysarobins entzündet, so mufs man dieses auf das sorgfältigste mit Olivenöl entfernen und die Entzündung heilt in einigen Tagen von selber.

Nach wiederholter Behandlung mit Chrysarobin bilden sich auf den trichophytischen Plaques kleine, lamellöse, gefärbte Schuppen und in den

Follikelöffnungen eine Art von Comedonen; schliefslich, wenn die Heilung anfängt, kommt es an den kahlen Stellen zur Bildung feiner Härchen, die allmählich kräftiger werden, sich pigmentieren und normal weiter wachsen. Aber selbst dann, wenn die Heilung schon im vollen Gange ist, setze ich die Chrysarobinbehandlung noch einen Monat lang fort, um ganz sicher zu sein, dafs nichts von der Trichophytiasis nachbleibt und um Rückfälle zu verhüten.

Meine experimentell-histologischen Untersuchungen über die Wirkung des Chrysarobins bei der Alopecia areata[1] haben mich zu folgendem Ergebnis geführt:

Bei Ätzungen mit Chrysarobin entsteht in der Epidermis ein leicht ödematöser Zustand und einige Reihen Stachelzellen der oberen Epidermisschicht verwandeln sich in pigmentierte, parakeratotische Schuppen. Nach wiederholten Ätzungen werden die obersten, gelockerten Hornschichten mit dem Trichophyton, das sie enthalten, abgestofsen und unter ihnen wächst eine neue, gesunde Hornschicht. Aber auch die Follikelöffnungen werden von der wiederholten Ätzung mit Chrysarobin betroffen, denn auch an den inneren Schichten der follikulären Zellscheiden entsteht, genau wie an der Epidermis, ein ödematöser Zustand; desgleichen verwandeln sich auch hier einige Schichten der follikulären Zellscheiden in parakeratotische, pigmentierte Lamellen, die sich in der Höhe der Follikelöffnungen nach Art eines Comedo anhäufen und die daselbst noch befindlichen Reste der kranken Haare mitsamt den Parasiten von allen Seiten umgeben. Indem man nun immer wieder von neuem mit Chrysarobin ätzt, bewirkt man, dafs immer mehr parakeratotische Lamellen abseiten der Follikelöffnungen und der Epidermisoberfläche gebildet und abgestofsen werden; mit ihnen zugleich werden aber auch die Reste der trichophytisch erkrankten Haare und die Mikrosporen entfernt, so dafs die neu sich bildenden Hornschichten, die Zellscheiden innerhalb der Follikelöffnungen und die jungen Haare ganz frei von allen Parasiten sind.

Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.

[1] Vergl. *Monatsh. f. prakt. Dermatologie.* 1903. Bd. 36.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1903. Band 65, Heft 2.

I. **Hereditäre Frühsyphilis ohne Exanthem,** von Carl Hochsinger-Wien. Die Fälle von hereditärer Frühsyphilis lassen sich in vier eigenartig charakterisierte Gruppen einteilen:

1. Eine Gruppe wird repräsentiert durch alle jene syphilitischen Früchte, welche frühzeitig, etwa vor dem achten Fötalmonate, in utero absterben. Sie sind nahezu ausnahmslos frei von cutanen Veränderungen, zeigen jedoch immer schwere diffuse Erkrankungen der Drüsenparenchyme und die Wegnersche Osteochondritis epiphysaria.

2. Die zweite Gruppe umfaßt jene Früchte, welche kurz vor oder zum normalen Termine tot oder lebend, mit syphilitischen Hautaffektionen behaftet, zur Welt kommen (papulo-bullöse Syphilis der Neugeborenen). Gleichzeitig findet man bei einer etwaigen Obduktion häufig schon makroskopisch, stets aber mikroskopisch diffuse Entzündungsvorgänge in den Visceraldrüsen (Leber, Niere, Lunge) und wohlausgebildete Epiphysenaffektionen an den langen Röhrenknochen, welche auch, wie Verfasser im Vereine mit Holzknecht und Kienböck gefunden hat, radiographisch nachweisbar sind.

3. Die dritte Gruppe vereinigt alle hereditärsyphilitischen Kinder, welche lebend ohne Exanthem zur Welt gebracht werden und erst in einem späteren Termine nach der Geburt cutane Veränderungen erleiden, ohne Rücksicht darauf, ob viscerale oder osteochondritische Veränderungen angeboren sind oder nicht. Diese Gruppe umfaßt die weitaus überwiegende Mehrzahl der zur klinischen Beobachtung kommenden Fälle von Hereditärsyphilis; die hereditäre Säuglingssyphilis sensu strictiori.

4. Zu dieser Gruppe gehört nach den Erfahrungen des Verfassers jene kleine Zahl lebend geborener und am Leben bleibender Kinder, welche, wie die klinische Untersuchung zeigt, bei oder bald nach der Geburt mit visceralen und osteochondritischen Manifestationen behaftet erscheinen, aber frei von Hauterscheinungen sind und bleiben

Von dieser vierten Gruppe teilt der Verfasser 14 Fälle teils aus seiner Anstalts-, teils aus der Privatpraxis mit. Bei allen erwies sich die Nase erkrankt. In fünf Fällen war dann nur das Knochensystem, in sechs nur die Leber der Sitz klinisch wahrnehmbarer Syphilismanifestationen.

Während der ganzen Frühperiode der hereditären Syphilis kann, abgesehen von der immer vorhandenen Nasenerkrankung, die Osteochondritis mit Pseudoparalysis oder die diffuse Leberhyperplasie das einzige, sichere Symptom der hereditären Infektion beim Säugling abgeben. In sechs der beschriebenen Fälle war außer diffuser Lebersyphilis auch eine beträchtliche, palpatorisch feststellbare Vergrößerung der Milz vorhanden.

Verfasser möchte aus seinen Beobachtungen für die Praxis die Lehre ziehen, daß man bei der kongenitalen Lues, sobald einmal die Diagnose sicher ist, nicht, wie bei der acquirierten Syphilis, mit der Behandlung erst bis zum Ausbruch des ersten Exanthems warte, sondern unverzüglich beginne, gleichgültig, ob die vorliegenden Syphilismanifestationen cutane, viscerale oder ossale sind.

II. **Über die Beziehungen zwischen Elephantiasis vulvae und Syphilis,** von M. Tschlenow-Moskau. Verfasser hatte Gelegenheit, im Mjasnitzki-Krankenhaus

einen Fall von Elephantiasis vulvae von seinem ersten Beginn an zu beobachten und die Beziehung dieser Affektion zur Syphilis eingehend zu studieren.

Nach einem Überblick über die einschlägige Literatur teilt er ausführlich die Krankengeschichte einer 38jährigen Frau mit, die vier Jahre nach ihrer Verheiratung von ihrem Manne syphilitisch infiziert wurde, sich aber anfangs nicht behandeln liefs. Erst als im Jahre 1895 ein Ausschlag auf dem Körper und Geschwüre an den Genitalien auftraten, suchte sie die Poliklinik des Mjassnitzki-Krankenhauses auf, wo Syphilis cutanea tuberculosa und Ulcera vaginae als Diagnose notiert wurde. Die Patientin machte längere Zeit hindurch und wiederholentlich Quecksilber- und Jodkuren durch, ohne dafs sie von den Erscheinungen definitiv befreit wurde. In den beiden letzten Jahren bemerkte sie selbst eine Zunahme der äufseren Geschlechtsteile und Entwicklung warzenartiger Gebilde in der Scheide. Als Verfasser die Kranke im Februar 1902 sah, waren beide grofse Schamlippen beträchtlich über die Norm vergröfsert, bläulich rot verfärbt und derb anzufühlen. Die kleinen Labien waren auch vergröfsert und bläulich verfärbt. Die Umgebung des Orificium externum urethrae, der Introitus vaginae und die hintere Wand derselben sind von zahlreichen, blafsroten, derben, warzigen Gebilden bedeckt, welche auch die Scheide dicht ausfüllen. Auf der Scheidenschleimhaut zu beiden Seiten des Introitus vaginae sieht man tiefe, dunkelrote, leicht blutende Geschwüre mit derben, eingerissenen Rändern. Die Inguinaldrüsen sind vergröfsert. Sonst zeigt die Patientin keine besonderen Erscheinungen am Körper.

Die Behandlung bestand in lokaler Applikation von weifser Präcipitatsalbe, innerlichen Gaben von Jodkalium in steigenden Dosen und in Kalomelinjektionen à 0,05. Von den letzteren erhielt die Patientin sieben. Die Geschwüre vernarbten, und die Schwellung der Schamlippen nahm deutlich ab.

Die histologische Untersuchung ergab unter anderen Befunden deutlich ausgesprochene Zeichen von Endarteritis und perivaskulärer Infiltration in den Arterien, namentlich den stärkeren, und Endo- und Mesophlebitis in den Venen, so dafs sowohl klinisch wie histologisch die Diagnose einer syphilitischen Elephantiasis vulvae als gerechtfertigt erscheint.

III. **Über den Einfluſs der Becquerelstrahlen auf die Haut**, von Henri Halkin-Lüttich. Im Jahre 1896 hat der französische Physiker Becquerel die Entdeckung gemacht, dafs Uransalze und metallisches Uran eine eigentümliche Art von Strahlen aussenden, welche im stande sind, für gewöhnliches Licht sonst undurchlässige Stoffe zu durchdringen. Weitere Untersuchungen haben festgestellt, dafs gewisse aus dem Uranpecherz oder der Uranblende gewonnene Stoffe, welche zumeist aus metallischen Wismut- oder aus Baryumverbindungen bestehen, diese „radioaktive" Eigenschaft in viel stärkerem Mafse besitzen als der Uran selbst. Ja, man hat schliefslich die „Radioaktivität" in der Pechblende auf drei einzelne in derselben enthaltene, chemische Elemente zurückführen können, welche Radium, Polonium und Aktinium genannt wurden.

Aschkinass und Caspari haben die physiologische Wirkung der Becquerelstrahlen geprüft und ihren Einfluſs auf organisierte Substanzen mit dem des Lichtes und der Röntgenstrahlen verglichen. Sie fanden, dafs Röntgen- wie Becquerelstrahlen einen hemmenden Einfluſs auf den Stoffwechsel im lebenden Gewebe ausüben, dafs die letzteren aber keine baktericide Wirkung haben.

Später wurde von verschiedenen Autoren der Einfluſs der Becquerelstrahlen namentlich aus dem sehr wirksamen Baryum-Radium-Bromid auf die Haut studiert. Bei zwei- und mehrstündiger Bestrahlung war anfangs nur schwache Röte zu erkennen, erst vier bis sechs Wochen später traten intensivere, entzündliche Erscheinungen zu Tage.

Es konnte sich bei dieser auffallenden Tatsache die Vermutung aufdrängen, dafs vielleicht schon sehr frühzeitig mikroskopische Veränderungen unter der Bestrahlung nachweisbar sind, ehe sich die makroskopischen einstellen.

Verfasser ist auf Veranlassung von Prof. Neisser dieser Frage näher getreten und hat an geeigneten Tierobjekten diesbezügliche Untersuchungen angestellt. Er fand, dafs je länger die Belichtung mit den Becquerelstrahlen dauerte, desto intensivere Veränderungen zu verzeichnen waren; namentlich waren es die Gefäfse, die Epithel- und Bindegewebszellen, an denen sich der Einfluſs zuerst bemerkbar machte. Im allgemeinen zeigten die Becquerelstrahlen in ihrer Wirkung auf die gesunde Haut gewisse Ähnlichkeiten mit den Röntgenstrahlen.

Die Frage, welchen therapeutischen Effekt die Becquerelstrahlen hervorzubringen im stande sind, wurde an mehreren Lupusfällen zu beantworten versucht. Aber die sorgfältigste, mikroskopische Untersuchung des lupösen Gewebes liefs jeden Einfluſs der Becquerelstrahlen vermissen. Der Lupusherd in der Tiefe war gänzlich unverändert geblieben.

IV. **Über hereditäre Syphilis und Hämatoporphyrinurie**, von E. Vollmer-Kreuznach. Die 45jährige Patientin war seit ihrer frühesten Kindheit mit Hautkrankheiten, namentlich blasenartigen Ausschlägen behaftet gewesen. Sie bietet zurzeit ein bejammernswertes Bild hereditär-luetischer Verwüstungen. Von besonderem Interesse ist in dem Falle das Verhalten des Urins. Derselbe zeigt eine burgunderrote Färbung, die, wie die Untersuchung ergibt, durch Hämatoporphyrin bedingt ist. Diese Farbe hat der Urin schon so lange, als die Patientin sich erinnern kann. Nur für ganz kurze Zeit war er vorübergehend normal hell geworden. Er reagiert schwach sauer und ist sonst klar; nach längerem Stehen im Spitzglase zeigt er geringe Mengen eines gelblichen Sediments; sowohl die Kochprobe wie die Ferrocyankaliumreaktion ergibt eine sehr schwache Trübung. Die Hellersche Blutprobe ist positiv. Das Sediment enthält vereinzelte Epithelien und zahlreiche rote und wenige weifse Blutkörperchen.

Der Verfasser teilt das Ergebnis der von Dr. Aschoff angestellten spektroskopischen Untersuchung des Urins. Es war ein für Hämatoporphyrinurie charakteristisches Spektrum. Das gleichzeitige Auftreten von Lues und Hämatoporphyrinurie ist eine bisher noch nicht beobachtete Erscheinung. Vielleicht würde man ihr häufiger begegnen, wenn man den Harn Syphilitischer, namentlich bei Nierenreizung in der sekundären Periode, häufiger einer spektroskopischen Untersuchung unterwerfen würde.

V. **Zur pathologischen Anatomie der Syphilonychia ulcerosa unguium hereditaria**, von Julius Heller-Charlottenburg. Verfasser hatte die Eltern eines im Alter von vier Wochen verstorbenen Kindes an Syphilis behandelt. Das Kind selbst hatte ein Fleckenexanthem und Schnupfen. Charakteristisch für hereditäre Lues war aufserdem die Nagelaffektion, von der drei Nägel der rechten, vier der linken Hand, die Nägel beider grofsen Zehen und in geringerem Grade einige der übrigen Zehen befallen waren. Nagelwälle, Nagelbetten, ein Teil der Fingerbeere waren tiefblau verfärbt; an einigen Fingern fehlten die Nagelplatten ganz und waren durch blutig gefärbte weiche Hornmassen ersetzt.

Im folgenden schildert Verfasser sehr eingehend das histologische Bild der Affektion, in welchem als wesentlichste Merkmale hervorzuheben sind: 1. sehr starke Infiltration um die Nagelmatrix; 2. starke Verbreiterung des hinteren Nagelfalzes; 3. das Nagelbett ist sehr stark mit Rundzellen infiltriert und zeigt eine erhebliche Entwicklung neugebildeter Blutgefäfse. Stellenweise findet man die Anzeichen beginnender Gangrän der obersten Schichten des Nagelbettes. Die Kerne färben sich schlecht; die Blutgefäfse sind scheinbar arrodiert und leicht durchlässig, erkennbar an der blutig imbibierten Schicht auf der Nagelmatrix. Im Gewebe unter der Matrix

und im hinteren Nagelwall finden sich ungemein grofse, ektasierte, von starker, kleinzelliger Infiltration umgebene Blutgefäfse, deren Wandungen sehr dünn sind und Blutaustritte in das umliegende Gewebe gestatten. Durch die entzündlichen Prozesse wird vielfach das Wachstum des Nagels beeinflufst. So erklärt sich auch, wie im Anschlufs an eine Nagelsyphilis die häufig beschriebenen gryphotischen Veränderungen ohne Mitwirkung mechanischer Momente als durch direkte oder indirekte Reizung veranlafste trophische Störungen entstehen können.

VI. **Acrodermatitis chronica atrophicans** (HERXHEIMER-HARTMANN), von L. LEVEN-Elberfeld. Verfasser teilt die Krankengeschichte einer im mittleren Lebensalter stehenden Frau mit, die vor circa elf Jahren eine rote Stelle an der Streckseite des rechten Ellenbogengelenks und eine, wie eine Frostbeule aussehende, am kleinen Finger der rechten Hand bekam. Wirkliche Frostbeulen hat die Patientin nie gehabt. Später zeigten sich ähnliche Stellen an verschiedenen Fingergelenken. Schmerzen waren nicht vorhanden. Vor drei Jahren stellte sich ein intensives Gefühl von Abgestorbensein, Kälte und Taubheit in den Fingern der rechten Hand ein. Dieses Gefühl liefs nach einjähriger Dauer nach, macht sich indessen, wenn auch nicht in gleicher Stärke, von Zeit zu Zeit bemerkbar. Neuerdings empfindet Patientin auch an den Fingern der linken Hand leichte Parästhesien. Die Finger selbst zeigen keine krankhaft veränderte Hautbeschaffenheit. Vor einem halben Jahre traten an der Beuge- und Streckseite des rechten Unterarmes rosarote Flecke auf, deren Oberfläche glatt, etwas gespannt war und sich leicht infiltriert anfühlte. In der warmen Jahreszeit treten sie mehr zurück, in der kälteren marken sie sich schärfer und erscheinen röter. Die Patientin empfindet an diesen Stellen ein erhöhtes Wärmegefühl.

Verfasser erörtert eingehend die Differentialdiagnose der Affektion.

1903. Ergänzungsheft.

Die Vererbung der Syphilis, von R. MATZENAUER-Wien. In der umfangreichen, das Thema nach jeder Richtung hin erschöpfenden Arbeit behandelt Verfasser überall unter kritischer Beleuchtung der einschlägigen Literatur den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Vererbung; die Vererbung von seiten der Mutter, die Vererbung auf germinativem Wege und die Immunität.

Die Ergebnisse seiner Betrachtungen rekapituliert Verfasser in folgenden Thesen:

I. Die Vererbung der Syphilis von seiten der Mutter erfolgt durch intrauterine Infektion der Frucht.

A. Die postkonzeptionelle, intra graviditatem acquirierte Syphilis der Mutter kann nur auf placentarem Wege durch intrauterine Infektion auf die Frucht übergehen.

1. Analogie mit den anderen Infektionskrankheiten.

2. Zahlreiche einwandsfreie Beobachtungen bei Syphilis selbst.

a) Nach den bisher mitgeteilten Fällen jedoch ist es noch keineswegs sichergestellt, ob auch von einer innerhalb der letzten zwei Schwangerschaftsmonate infizierten Mutter Syphilis auf das Kind übertragen werden kann.

b) Die Intensität der kindlichen Syphilis ist in der Regel desto schwerer, je früher während der Gravidität die Infektion der Mutter erfolgt ist.

c) Die intrauterine Übertragung der Krankheit von der intra graviditatem infizierten Mutter auf das Kind ist kein obligater, sondern nur ein fakultativer Vorgang.

B. Eine Vererbung auf germinativem Wege durch das infizierte Ovulum (Vererbung im eigentlichen Sinne) ist nicht erwiesen.

C. Wir können daher annehmen, dafs die Vererbung auch von der schon vor der Konzeption syphilitischen Mutter auf das Kind immer nur durch intrauterine Infektion der Frucht erfolgt. Der Übergang der Bakterien von Mutter auf Kind setzt Placentarerkrankungen voraus.

a) Die Intensität der Placentarerkrankung muſs nicht der Intensität der mütterlichen oder kindlichen Erkrankung entsprechen; es genügen an sich unbedeutende Gefäſsveränderungen.

b) Bei Zwillingen, von denen einer gesund, der andere krank ist, verhält sich die entsprechende Placenta ebenso.

c) Aus der Verteilung der Placentarerkrankung, ob diese die Placenta materna oder Placenta foetalis betrifft, kann kein Rückschluſs auf den Ursprung der Syphilis nach dem Erzeuger gezogen werden.

d) In Fällen von angeblich rein paterner Vererbung war trotz anscheinender Gesundheit der Mutter auch der mütterliche Anteil der Placenta erkrankt.

D. Die Vererbung von der schon vor der Konzeption syphilitischen Mutter (auf placentarem Wege) findet ebenfalls nicht unbedingt, sondern nur fakultativ statt.

(Zwillinge, von denen der eine gesund, der andere krank ist.)

E. Die Intensität der kindlichen Erkrankung entspricht nicht immer der Intensität der mütterlichen Erkrankung.

Die verschiedene Intensität der Syphilis bei Mutter und Kind erklärt sich:

1. Durch die ungleiche Widerstandskraft des mütterlichen und kindlichen Organismus.

2. Die Intensität der kindlichen Syphilis hängt ferner davon ab, zu welchem Zeitpunkt während der Gravidität infolge einer eingetretenen Placentarerkrankung die Bakterien von der Mutter auf den Fötus übergegangen sind; sie ist im allgemeinen um so gröſser, je früher die Infektion der Frucht erfolgt.

F. Die mit zunehmendem Alter, d. h. mit abnehmender Intensität der mütterlichen Erkrankung in der Regel proportional abnehmende Intensität der Vererbungssyphilis darf nicht direkt durch die Abschwächung der Bakterienvirulenz erklärt werden, so zwar, daſs die Bakterien, weil sie im mütterlichen Organismus im Laufe der Zeit in ihrer Virulenz sich schon abgeschwächt haben, dann auch im kindlichen Organismus eine geringere Virulenz entfalten. Die allmähliche Abschwächung der Vererbungssyphilis ist vielmehr höchstwahrscheinlich hauptsächlich dadurch bedingt, daſs bei älterer und daher schon abgeschwächter, mütterlicher Syphilis eine Placentarerkrankung relativ später, langsamer und seltener, wenn überhaupt noch eintritt, als bei recenter und daher vollvirulenter mütterlicher Syphilis, bei welcher es häufiger, frühzeitiger und rascher zur Entwicklung einer Placentarerkrankung kommt. Je früher aber die Infektion der Frucht erfolgt, desto schwerer pflegt sich die kindliche Erkrankung zu äuſsern.

G. Alternierende Vererbung (Rückschlag): Geburt eines gesunden (oder leichter erkrankten) Kindes zwischen zwei kranken (oder schwerer erkrankten).

II. Eine paterne Vererbung ist nicht erwiesen. Eine Vererbung der Syphilis auf germinativem Wege (durch das infizierte Spermatozoon oder Ovulum), d. h. eine Vererbung im eigentlichen Sinne ist überhaupt nicht erwiesen.

III. Jede — auch anscheinend gesunde — Mutter eines hereditärluetischen Kindes ist ausnahmslos selbst syphilitisch.

A. Das Fehlen von nachweisbar vorausgegangenen oder bestehenden Syphilissymptomen genügt nicht, um eine stattgehabte Infektion auszuschlieſsen; Primäraffekt und sekundäre Erscheinungen bleiben häufig unbeachtet.

a) Stellung der Hausärzte, Frauen- und Kinderärzte, sowie Syphilidologen zu der Frage: Kann eine nicht syphilitische Mutter ein syphilitisches Kind gebären?

b) Art und Zeitpunkt der Untersuchung. Kassowitz (der besonders energisch für die paterne Vererbung der Syphilis eingetreten ist) hat die betreffenden Mütter

alle erst ein bis mehrere Jahre nach der wahrscheinlichen Infektion untersucht und dabei eine Genitaluntersuchung nie durchgeführt.

c) Dasselbe Faktum, das Fehlen von nachweislich vorausgegangenen Syphiliserscheinungen, interpretiert Kassowitz parteiisch in verschiedenem Sinne: beim Choc en retour und beim Tertiarisme d'emblée nimmt er ein Übersehen vorausgegangener Symptome an; bei den Müttern hereditär-luetischer Kinder erblickt er darin einen Beweis für die Gesundheit.

d) Die Zahl der anscheinend gesunden Mütter syphilitischer Kinder beträgt 20—38%.

Bei sicheren Tertiärerscheinungen ist eine vorangegangene Syphilis in 30—40% nicht nachweislich.

Es liefs sich daher von vornherein erwarten, dafs in einer annähernd gleich hohen Zahl bei Müttern hereditär-luetischer Kinder keine vorangegangene Syphilis nachweisbar ist.

e) Die — wenngleich latente, symptomlose, so doch bestehende Syphilis der Mutter wird geradezu durch Geburt eines syphilitischen Kindes entlarvt.

B. Es gibt keine Syphilis conceptionelle précoce (Choc en retour).

Die Sekundärerscheinungen ohne nachweislich vorangegangenen Primäraffekt sind nicht auf eine Infektion der Mutter durch die angeblich ex patre syphilitische Frucht zu beziehen, sondern sind durch das überaus häufige Übersehen des Primäraffektes zu erklären, den die Frau in gewöhnlicher Weise durch Kontaktinfektion acquiriert hatte. Das Kind ist nicht vom Vater her durch spermatische Infektion erkrankt, sondern deshalb, weil die Mutter schon vor der Entbindung syphilitisch war.

Die nahezu gleiche Häufigkeitszahl eines angeblichen Choc en retour (32%) und einer angeblich paternen Vererbung (38%) beweist, dafs in fast allen Fällen von angeblich paterner Vererbung doch bei der Mutter Syphiliserscheinungen nachweislich auftreten.

C. Es gibt keine Syphilis conceptionelle tardive und keinen Tertiarisme d'emblée.

Die grofse Häufigkeitszahl von solchen Vorkommnissen beweist aber wieder, dafs die anscheinend gesunden Mütter doch schon früher (latent-) syphilitisch waren.

D. Es gibt keine Ausnahmen vom Collesschen Gesetz.

Alle als solche in der Literatur bisher beschriebenen Fälle beruhen auf leicht nachweisbaren Irrtümern.

Jede Mutter eines hereditär-luetischen Kindes ist ausnahmslos immun.

IV. Eine Vererbung der Immunität gegen Syphilis ist nicht erwiesen.

Die bisher acceptierte „Toxintheorie" von Finger mufs fallengelassen werden.

A. Bei anderen Infektionskrankheiten wird Immunität weder durch das Spermatozoon, noch durch das Ovulum übertragen. Eine Vererbung der Immunität im eigentlichen Sinne durch die Keimzellen gibt es ebensowenig, wie eine Vererbung der Krankheit selbst auf germinativem Wege.

B. Eine Vererbung der Immunität findet bei anderen Infektionskrankheiten immer nur von Mutter auf Kind auf placentarem Wege statt.

Die von syphilitischen Vätern, aber gesunden Müttern stammenden gesunden und nicht immunen Kinder könnten deshalb keineswegs als Ausnahmen vom Profetaschen Gesetz bezeichnet werden.

C. Die Geltung des Profetaschen Gesetzes ist nicht erwiesen.

Gegen das Profetasche Gesetz sprechen:

1. die bisher sichergestellten, sogenannten Ausnahmefälle (16); 2. die Erfahrungen über acquirierte Syphilis im Kindesalter bei endemischer Syphilis.

D. Eine vererbte Immunität ist bei anderen Infektionskrankheiten niemals eine (durch Toxine bedingte aktive und daher) dauernde, sondern immer nur eine (durch Antitoxine erzeugte passive und daher rasch innerhalb von Wochen) vorübergehende, passagere Immunität.

E. Nicht bei jeder Infektionskrankheit wird überhaupt eine Immunität vererbt. Die Antitoxine gehen zwar von Mutter auf Kind über, erzeugen aber bei diesem infolge der ungleichen Reaktion des kindlichen und mütterlichen Organismus nicht denselben Effekt wie bei der Mutter (Tuberkulose).

F. Bei Syphilis sind die von Mutter auf Kind übergegangenen Antitoxine zu schwach, um auch nur eine flüchtige Immunität dem Kinde zu gewähren (Analogie mit Variola, Lepra (?), Tuberkulose). Bei Syphilis wurden sechs Fälle von Infectio sub partu bekannt.

Das Profetasche Gesetz muſs fallengelassen werden.

Da es einerseits eine Vererbung einer dauernden Immunität nicht gibt, und da andererseits jede (auch anscheinend gesunde) Mutter eines hereditär-luetischen Kindes ausnahmslos dauernd immun ist, muſs folglich jede — auch anscheinend gesunde, aber immune — Mutter selbst (latent-) syphilitisch sein.

Da es also schlieſslich keine hereditäre Syphilis ohne Syphilis der Mutter gibt, und da andererseits von einer syphilitischen Mutter die Krankheit zweifellos vererbt werden kann, so folgt daraus, daſs wir eine Vererbung der Syphilis in jedem Falle von einer syphilitischen Mutter ableiten können und die Hypothese einer paternen Vererbung nicht anzunehmen brauchen. *C. Berliner-Aachen.*

The British Journal of Dermatology.

Band 15. Mai 1903.

I. **Einige Fälle zur Illustration des Lupus erythematosus**, von W. B. Warde-London. Verfasser hat in früheren Arbeiten auf das häufige Zusammentreffen des Lupus erythematosus mit hypertrophischer und atrophischer Rhinitis hingewiesen und aus seinen Betrachtungen folgende Schlüsse gezogen:

1. Der Lupus erythematosus ist keine ausgesprochene pathologische Entität, sondern nur ein Beispiel eines gewöhnlichen, bei gewissen Leuten häufigen Prozesses, während die atrophische Rhinitis ein anderes Beispiel desselben Prozesses ist.

2. u. 3. Das wesentlichste und zuweilen einzige Symptom ist ein perniziöses Ödem, welches auf einer Paralyse und Dilatation der kleinen Blutgefäſse beruht und, wenn es nicht beseitigt wird, die Neigung zeigt, sie gänzlich zu zerstören und durch Granulationsgewebe zu ersetzen.

4. Das Ödem und die vaskuläre Degeneration hängen ab a) indirekt von einer schwachen Zirkulation, die eine schlechte Ernährung der Gefäſswände zur Folge hat; b) direkt von jeder Ursache, die im stande ist, ein Oberflächenödem hervorzurufen, z. B. von der Hitze, Kälte, Verbrennung, verschiedenen Giften, von der Wirkung gewisser Bakterien etc.

An einer Reihe eigener Beobachtungen, wie einzelner aus der Literatur gesammelter Fälle von Lupus erythematosus illustriert der Verfasser das Gesagte. Manche Fälle zeigen den Zusammenhang des Lupus erythematosus mit Erythemen, andere mit seborrhoischen Prozessen, meistens mit Zuständen, die direkt oder indirekt Zirkulationsanomalien im Gefolge haben.

II. **Ein Fall von Verrucae planae juveniles**, von Ch. Watson. Ein 13jähriger Knabe bekam vor sechs Monaten Flecken im Gesicht, die in der letzten Zeit eine

warzige Beschaffenheit annahmen. Gegenwärtig ist das Gesicht dicht besät mit kleinen, flachen, stecknadelkopf- bis erbsengroſsen, zartrosafarbenen oder schwach gelben, sich derb anfühlenden Erhabenheiten, die stellenweise, z. B. an den Nasolabialfalten, konfluieren. Die Haut an den freigebliebenen Partien ist rauh, trocken und schwach schuppend. Befallen sind ferner die Hände und die Beine. An den Unterschenkeln sieht man beiderseits je ein gröſseres, blumenkohlartiges, warziges Gewächs.

Die Behandlung bestand in der ersten Woche in zweimaligen Gaben eines Eſslöffels Kastoröl; in den darauffolgenden Wochen bekam der Patient nur je einen Löffel des Medikaments wöchentlich. Diese Dosis genügte, um jedesmal eine gründliche Entleerung des Darmes herbeizuführen. Nach acht Tagen schon machte sich eine Besserung des Ausschlages im Gesichte bemerkbar, nach drei Wochen war die Besserung sehr deutlich ausgesprochen, ebenso an den Händen. Zurzeit sind alle Warzen verschwunden; nur die beiden groſsen an den Beinen (wohl Muttermäler) sind von der Behandlung gänzlich unbeeinfluſst geblieben.

Gegen die Verrucae planae empfehlen die meisten Autoren innerlich hauptsächlich zwei Mittel: a) die Magnesia in kleinen, oft wiederholten Dosen; b) das Arsenik. *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1903. Heft 8.

1. **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparats: Tuberkulose der Pars posterior urethrae, der Prostata und der Samenblasen**, von Noël Hallé und Bolbslas Motz. (Heft 7 und 8.) Nachdem die Verfasser in den zwei letzten Heften des vorigen Jahrgangs der *Ann. génito-urin.* die Tuberkulose der Pars anterior urethrae geschildert, bringen sie nunmehr eine ausführliche, durch zahlreiche Abbildungen erläuterte Darstellung der Tuberkulose des hinteren Harnröhrenteiles und der zugehörigen Drüsen, sowie der Samenblasen, deren Ausführungsgänge hier einmünden. Die Verfasser bezeichnen die genannten Organe insgesamt als „Carrefour uro-génital", d. h. Zusammenmündung des Harn- und des Genitalapparates.

Die Tuberkulose der Pars membranacea urethrae, die niemals isoliert, sondern nur als Fortsetzung tuberkulöser Veränderungen in der Prostata und im Prostatateil der Harnröhre vorkommt, tritt nur selten in Form von Granulationen, viel häufiger in Form oberflächlicher oder tiefgreifender Ulcerationen auf. Auf der ulcerierten Wand finden sich nicht selten in das Lumen der Harnröhre vorspringende, papilläre Wucherungen. Die urethralen Drüsen sind in allen Fällen mehr oder weniger intensiv miterkrankt, und diese Drüsenaffektionen können zu lokalisierten oder diffusen Peri urethritiden und infolge dessen zur Bildung perinealer Fisteln führen. Häufig wandeln sich die erkrankten Drüsen in Cysten mit käsigem Inhalt um, diese können sich vergröſsern, in die Urethra durchbrechen und unter Umständen eine totale kavernöse Zerstörung der ganzen Pars membranacea bewirken. Andererseits kann es durch Vernarbung von Ulcerationen zur Bildung einer Striktur kommen.

Die Tuberkulose des Prostatateils der Harnröhre stellt häufig die primäre Manifestation einer Tuberkulose des „Carrefour uro-génital" dar; sie tritt auch hier nur selten in Form von disseminierten Granulationen, viel häufiger in Form von Ulcerationen auf. Die Veränderungen sind hauptsächlich auf der hinteren Wand in der Gegend des Veru montanum lokalisiert. In der Pars prostatica kommt aber auch sekundäre, von der Prostata oder den Samenblasen her sich ausbreitende Tuberkulose

vor; diese kann in Verbindung mit den Läsionen der Prostata zur teilweisen oder vollständigen Loslösung der Harnröhrenwand, engen oder weiten Perforationen und zur Zerstörung der Wand in gröfserer oder kleinerer Ausdehnung führen.

Die Prostata ist in der Mehrzahl der Fälle von Tuberkulose des Urogenitalapparates erkrankt. Miliartuberkeln finden sich in der Prostata sehr selten; gewöhnlich handelt es sich um Solitärtuberkel. Dieselben entwickeln sich aus tuberkulösen Granulationen, welche zumeist rings um die Drüsenacini, seltener abseits von den Drüsen im Stroma ihren Sitz haben. Die Solitärtuberkel, deren Zahl und Gröfse in den verschiedenen Fällen eine sehr verschiedene ist, finden sich in den Seitenlappen häufiger als im Mittellappen. In mehr als der Hälfte der Fälle sind beide Seitenlappen erkrankt. Die von mehreren Autoren angegebene Einteilung in eine perirethrale oder zentrale Form und eine exzentrische oder periphere Form der Prostatatuberkulose ist nach den anatomischen Befunden nicht haltbar; denn die Erscheinungen beschränken sich durchaus nicht auf die zentralen und die peripheren Partien der Drüse. — Die Tuberkel können sich in verschiedenem Sinne entwickeln: es kann zur fibrösen Abkapselung oder zur Erweichung und Abscedierung kommen. Die fibröse Abkapselung, die eine Spontanheilung darstellt, stellt sich sehr häufig auch bei Tuberkeln ein, die schon im Beginne der Erweichung stehen. Für gewöhnlich aber führt die Erweichung zur Abscefsbildung und weiterhin zum Durchbruch in die Harnröhre; es entstehen so die häufig vorkommenden Cavernen. Befördert wird dieser Verlauf, wenn zur tuberkulösen Infektion eine sekundäre Infektion mit pyogenen Bakterien hinzutritt. Eine selten auftretende Erscheinung ist die totale Verkäsung und Nekrose eines Prostatalappens oder selbst der ganzen Prostata innerhalb ihrer Kapsel. Dagegen ist es nicht allzu selten, dafs durch Verschmelzung mehrerer Abscesse eine grofse Abscefshöhle entsteht; es kann so die ganze Prostata in eine einzige Caverne umgewandelt werden. In solchen Fällen wird gewöhnlich auch der Prostatateil der Harnröhre ganz oder teilweise zerstört. Bleibt dagegen die Harnröhrenwand zum gröfsten Teil erhalten, so können die Cavernen nach Entleerung ihres Inhalts zur Ausheilung kommen, indem von der Urethra eine schleimhautähnliche, narbige, lebensfähige Membran in die Cavernen hineinwächst und sie vollständig auskleidet; die Sekretion hat damit ein Ende, und die Höhlen stellen eine Art von Divertikeln dar. Bei kleinen Cavernen mit enger Öffnung kommt auch totale Vernarbung vor. — In Ausnahmefällen, wenn periprostatische Erscheinungen auftreten, kann sich der tuberkulöse Prostataabscefs auch durch das Perineum nach aufsen oder in das Rektum oder gegen das Peritoneum hin entleeren.

Die Tuberkulose der Samenblasen, die in mehr als zwei Dritteilen der Fälle von Urogenitaltuberkulose beobachtet wird, tritt in zwei Formen auf, die aber vielleicht nur verschiedene Entwicklungsstadien darstellen: es sind das die Bildung von disseminierten Tuberkeln, die sehr selten gefunden werden, und die viel häufiger konstatierte feste, kleinzellige, späterhin käsige Infiltration. Dieselbe führt sehr oft zur fibrösen Abkapselung und fibrolipomatösen Atrophie, welche bis zum vollständigen Verschwinden des Organs gehen kann. In anderen Fällen kommt es zur Erweichung und Abscedierung, der Abscefs entleert sich durch eine bestehende Prostatacaverne hindurch in die Urethra. Ob der Inhalt eines Samenblasenabscesses auch durch eine gesunde Prostata hindurchdringen und so direkt in die Harnröhre gelangen kann, ist fraglich. In Ausnahmefällen kommt es zu einer tuberkulösen Perivesikulitis und Entleerung des Abscesses in das Rektum oder durch das Perineum nach aufsen.

Werden, was nicht selten vorkommt, bei einem Kranken Pars posterior urethrae, Prostata und Samenblasen von der Tuberkulose ergriffen, so kann es schliefslich zu vollständiger Zerstörung des ganzen Carrefour uro-génital kommen: an seiner Stelle

findet sich dann eine grofse Caverne. Sehr häufig wird auch noch der Blasenhals ulceriert und zerstört, und zwischen Blase und Caverne besteht alsdann eine weite Kommunikation. In solchen Fällen atrophiert die Blase manchmal sehr stark, sie kann sogar kleiner werden als die unter ihr liegende Caverne. Zerstörung des Blasenhalses kommt nur bei schwerer Erkrankung des mittleren Prostatalappens vor.

Tuberkulose der Prostata und der Samenblasen kann die erste Manifestation einer Urogenitaltuberkulose sein; dagegen treten tuberkulöse Erscheinungen an der Pars posterior urethrae nur dann auf, wenn bereits ein anderes Organ des Urogenitalapparates erkrankt ist. Die Infektion kann in allen Teilen des Carrefour uro-génital sowohl auf dem Blutwege, wie auch direkt durch bacillenhaltigen Harn oder bacillenhaltiges Sperma erfolgen.

Die klinischen Erscheinungen, welche die Urogenitaltuberkulose macht, sind ebenso wie die diagnostischen Hilfsmittel bekannt. Symptome, welche auf die cavernöse Zerstörung des Carrefour hindeuten, sind schwere und andauernde Hämorrhagien und vollständige Inkontinenz. In anderen Fällen von Cavernenbildung erfolgt die Miktion in zwei Zeiten; nach der durch die Kontraktion der Blase verursachten Entleerung eines Urinstrahles fliefst der in der Caverne angesammelte Urin langsam ab. Die wichtigsten Aufschlüsse ergibt die gleichzeitige Untersuchung mit dem Katheter und per rectum.

Bezüglich der Prognose ist die Tatsache von Wichtigkeit, dafs die tuberkulösen Prozesse in der Prostata und besonders in den Samenblasen sehr oft spontan ausheilen. Sehr zu fürchten ist der Eintritt einer Sekundärinfektion; da eine solche nicht selten durch instrumentelle Untersuchungen verursacht wird, dürfen Katheter etc. nur eingeführt werden, wenn es unumgänglich notwendig ist. — Die Behandlung darf in den Anfangsstadien lediglich eine allgemeine, roborierende sein; jeder lokale Eingriff, auch jede instrumentelle Untersuchung ist im Beginn der Erkrankung zu vermeiden. Wenn jedoch der Prozefs fortschreitet und in der Prostata oder in einer Samenblase ein Abscefs sich zu bilden droht, dann ist, sofern es der Allgemeinzustand erlaubt, die Prostatektomie, bezw. die Abtragung der erkrankten Samenblase dringend indiziert. Wenn bereits Cavernen bestehen, kann durch Eröffnung vom Perineum aus und Drainage Besserung und unter Umständen auch noch Heilung erzielt werden.

2. **Modifikationen der Technik der epiduralen Injektionen**, von F. Cathelin. Strauss-Barmen hat C.s vor kurzem erschienene Monographie „Die epiduralen Injektionen durch Punktion des Sakralkanals und ihre Anwendung bei den Erkrankungen der Harnwege“ ins Deutsche übersetzt (Stuttgart, 1903, Ferdinand Enke) und hat bei dieser Gelegenheit einige Modifikationen bezüglich der Technik der Injektionen angegeben. Statt der gewöhnlichen, sehr leicht biegsamen Platin-Iridiumnadeln verwendet er 6 cm lange und 1 mm dicke Nadeln, die sehr fest und solid sind. Aufserdem empfiehlt er zu den Injektionen die automatische Spritze, die er ursprünglich für Infiltrationsanästhesie angegeben hat. Dieselbe ist mit einem Druck- und einem Saugventil versehen und durch einen Gummischlauch mit einem Flaschenirrigator verbunden, der zugleich zur Aufbewahrung der sterilen Lösung dient. Beim Zurückziehen des Stempels schliefst sich das Druckventil, während sich das Saugventil öffnet, es dringt infolgedessen Flüssigkeit aus dem Irrigator in die Spritze ein. Beim Vorschieben des Stempels schliefst sich das Saugventil, während sich nun das Druckventil öffnet und die Flüssigkeit ausströmt. Der Apparat hat sich bis jetzt vorzüglich bewährt. Die beste Lösung zur Injektion ist nach Strauss folgende:

Natrii chlorat.	0,2	*Aq. dest. sterilis.*	100,0
Cocain. hydrochlor.	0,01	*Aq. carbolis.* 5 %	gtts. II.

1903. Heft 9.

1. **Über das primäre und umschriebene Prostatacarcinom und seine Behandlung mittels totaler perinealer Prostatektomie**, von Oraison-Bordeaux. Albarran und Hallé haben durch ihre in den *Ann. génito-urin.* (1900, Heft 2 und 3) veröffentlichten Untersuchungen bewiesen, dafs die Prostatahypertrophie, das gutartige Adenom der Prostata, sich nicht selten in ein umschriebenes, intrakapsuläres Carcinom umwandelt. Nach O.s Erfahrungen kommt eine solche maligne Degeneration viel häufiger vor, als gemeinhin angenommen wird. Während nun das diffuse Prostatacarcinom, das von Guyon unter dem Namen „Prostata-Becken-Carcinose" beschrieben wurde, inoperabel ist, ist bei dem circumskripten Prostatacarcinom eine Heilung durch Radikaloperation wohl möglich, wenn die Operation nur sehr frühzeitig, insbesondere vor dem Auftreten von Lymphdrüsenschwellungen oder allgemeiner Kachexie, vorgenommen wird. Die Differentialdiagnose gegenüber der gutartigen Prostatahypertrophie ist allerdings oft sehr schwer zu stellen; nach den Beobachtungen des Verfassers spricht eine rasche Entwicklung der Krankheitserscheinungen, insbesondere frühzeitiges Auftreten von Retentionen, für Carcinom. Wegen der diagnostischen Schwierigkeiten empfiehlt es sich, alle zweifelhaften Fälle, bei denen die Symptome sehr heftig sind, zu operieren. Dagegen ist in allen Fällen, in denen das Carcinom bereits über die Prostata hinausgegriffen hat, jeder chirurgische Eingriff zu unterlassen. Als die weitaus beste Operationsmethode erscheint dem Verfasser die von Albarran vorgeschlagene subkapsuläre Enukleation der Prostata; ist auch die Pars prostatica der Urethra ergriffen, so mufs mit der Prostatektomie die Resektion des erkrankten Harnröhrenteils verbunden werden. Dafs dieses Verfahren ungefährlich ist und gute Resultate ergibt, zeigen zwei am Schlusse der Arbeit mitgeteilte Fälle.

2. **Behandlung der blennorrhoischen Urethritiden mit Janetschen Spülungen**, von Saxahansky-Kiew. Nach den zahlreichen Erfahrungen des Verfassers gelingen die Janetschen Spülungen infolge kräftigen Widerstandes des Sphinkters nur in etwa der Hälfte der Fälle. In allen Fällen, in denen sie nicht gelingen, macht S. mit ebenso gutem Erfolge Spülungen mittels einer Spritze oder Irrigationen nach der Methode Didays. *Götz-München.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1903. Heft 3.

1. **Versuche, die Syphilis auf Schweine zu übertragen**, von A. Neisser.

2. **Die Frage bezüglich der parasyphilitischen Affektionen. Die Heilbarkeit der Tabes und der progressiven Paralyse durch intensive Quecksilberbehandlung**, von L. E. Leredde. (Heft 1—3.) L. vertritt in seinen fesselnd geschriebenen, geistvollen Darlegungen die Anschauung, dafs alle bei Syphilitikern auftretenden Fälle von Tabes und Paralyse nicht nur syphilitischen Ursprungs, sondern auch syphilitischer Natur sind, also nicht parasyphilitische, sondern echte syphilitische Manifestationen darstellen und durch Quecksilberbehandlung geheilt werden können, vorausgesetzt, dafs sehr grofse Quecksilberdosen verabreicht werden. L. fafst Tabes und Paralyse als anatomisch-klinische Symptomenkomplexe auf, die keine einheitliche Ätiologie haben, also durch verschiedenartige Ursachen ausgelöst werden können; unter diesen ist die Syphilis weitaus die häufigste. — Fournier lehrt bekanntlich, dafs die histologischen Veränderungen bei den von ihm als parasyphilitisch bezeichneten Affektionen, also auch bei Tabes und Paralyse, mit den Veränderungen bei syphilitischen Erkrankungen nicht übereinstimmen. Nach L. jedoch entsprechen die primären, chronisch-entzündlichen Gewebsveränderungen bei Tabes und Paralyse voll-

kommen den histologischen Veränderungen, wie sie auch sonst bei Syphilis gefunden werden; die degenerativen Prozesse, die durch die chronisch-entzündlichen Vorgänge hervorgerufen werden, kommen, da sie sekundärer Natur sind, selbstverständlich nicht in Betracht. Dafs Tabes und Paralyse durch Hg heilbar sind, kann nach der grofsen Zahl von Heilungen, die von verschiedenen Autoren mitgeteilt wurden, wohl nicht mehr geleugnet werden. Der Einwand, dafs es sich bei den geheilten Fällen um Pseudotabes und Pseudoparalyse gehandelt habe, will im Grunde nichts besagen: das ist lediglich ein Streit um Worte. Dafs auch die eingreifendste Behandlung bereits vorhandene Degenerationen nicht mehr zum Rückgang bringen kann, ist ohne weiteres klar; wohl aber kann bei Tabikern wie Paralytikern ein Verschwinden aller nicht durch degenerative Vorgänge verursachten Symptome und ein Stillstand der Krankheit erzielt werden. Ein solcher Erfolg ist jedoch nur möglich, wenn dem Organismus soviel Hg einverleibt wird, als er gut verträgt, das ist bei gesunden, kräftigen Menschen 0,03—0,05 Hg pro die. Da die Quecksilbermengen, die in die Zirkulation gelangen, genau bekannt sein sollen, sind ausschliefslich Injektionen löslicher Quecksilbersalze zu empfehlen. L. verwendet Hydrargyrum benzoicum und Hydrargyrum bijodatum, die 45 bezw. 44 % Hg enthalten; er beginnt mit täglichen Injektionen von 0,04 g und steigt, wenn weder Temperatursteigerung, noch Gewichtsabnahme, noch gastrointestinale Störungen auftreten, allmählich bis auf 0,08 g. Jodkalium bei Tabes zu verabreichen, hat keinen Wert, bei Paralytikern wirkt es nicht selten direkt schädlich.

3. **Die Diagnose der Lepra und des Lupus der Nase mit Hilfe der bakteriologischen Untersuchung des Nasenschleims nach Verabreichung von Jodkalium,** von L. E. Leredde und L. Pautrier. Die Verfasser haben in drei Fällen von Lepra, in denen die Diagnose zweifelhaft war, durch Verabreichung von 2—4 g Jodkalium pro die eine verstärkte Schleimsekretion in der Nase hervorgerufen und in diesem Schleim Leprabacillen nachgewiesen, während vorher die Untersuchung auf Bacillen stets erfolglos gewesen war. Auf die nämliche Weise gelang es Jeanselme, in einem zweifelhaften Falle die Diagnose auf Lepra mit Sicherheit stellen zu können. — Das gleiche Verfahren haben die Verfasser auch in sieben Fällen von Lupus der Nase angewendet und in vier Fällen Tuberkelbacillen im Nasenschleim gefunden, während solche vor der Verabreichung von Jodkalium in keinem Falle nachgewiesen werden konnten. — Es scheint demnach, dafs dieses einfache Verfahren in zweifelhaften Fällen häufig eine Entscheidung herbeiführen kann; allerdings wird auch bei dieser Probe ein negatives Ergebnis nicht als beweisend gelten dürfen.

1903. Heft 4.

1. **Die Gefahren der Quecksilberbehandlung,** von Leredde. Brissaud und Marie haben vor kurzer Zeit behauptet, dafs die Quecksilberbehandlung in gewissen Fällen von spastischer Paraplegie gefährlich und schädlich sei. L. weist nun darauf hin, dafs man, auch wenn diese Beobachtung richtig ist, deswegen doch nicht alle Syphilitiker mit spastischer Paraplegie ohne Quecksilberbehandlung lassen dürfe; dadurch entstünden sicher viel gröfsere Gefahren, als sie die spezifische Therapie mit sich bringen kann. Im übrigen ist die schädliche Wirkung des Hg auch bei dieser Affektion zumeist wohl nur eine scheinbare: aus dem syphilitischen, im Zustande chronischer Entzündung befindlichen Gewebe entwickelt sich nämlich unfehlbar narbiges, sklerotisches Gewebe, das leichter als jenes eine Schädigung der nervösen Elemente verursachen kann. Diese Umwandlung wird durch die Wirkung des Quecksilbers beschleunigt, sie käme jedoch auch ohne Hg, nur langsamer, zu stande. Jedenfalls gelingt es, durch Quecksilber ein Weitergreifen des Krankheitsprozesses zu verhüten.

2. **Ein Fall von Favus des Scrotums, der gleichzeitig mit einer Trichophytie des Oberschenkels bestand und Kulturen ergab, die mit Trichophytonkulturen identisch waren,** von Mewborn-New York. M. erinnert daran, dafs Bodin bereits vor einer Reihe von Jahren einen Fall von Trichophytie beschrieben hat, der nach dem klinischen Aussehen und dem mikroskopischen Befunde durch ein Trichophyton megalosporon verursacht zu sein schien, während die angelegten Kulturen ergaben, dafs es sich um Achorion handelte; Bodin nannte den Fall einen Favus mit trichophytoiden Erscheinungen. Sabouraud hat ähnliche Fälle gesehen, aber zum Teil anders gedeutet, nämlich als Trichophytien mit favuspilzähnlichen Kulturen. Jedenfalls geht aus diesen Beobachtungen und aus den zahlreichen Untersuchungen, die bezüglich der Dermatophyten vorgenommen worden sind, das eine mit Sicherheit hervor, dafs zwischen dem Achorion Schoenleinii und den Trichophytonarten eine enge Verwandtschaft besteht. — M. selbst hat einen Fall beobachtet, bei dem sich gleichzeitig ein wohl charakterisierter Favus am Scrotum und an dem dem Scrotum benachbarten Teile des rechten Oberschenkels eine Trichophytie fand. Die Mycelien, die sich bei der Untersuchung der Favusscutula fanden, entsprachen den Typen, die man beim Favus des behaarten Kopfes trifft. Die angelegten Kulturen ergaben jedoch, dafs es sich, ebenso wie bei der Trichophytie, um Trichophyton megalosporon ectothrix handelte. Verimpfung der aus dem Favus gewonnenen Kulturen auf den Oberarm des Verfassers blieb ebenso wie die Überimpfung auf Mäuse erfolglos. Dagegen wurde durch Einimpfung der aus der Trichophytie stammenden Kulturen bei einem Kaninchen Favus hervorgerufen; die von diesem experimentell erzeugten Favus angelegten Kulturplatten zeigten nach zwei Wochen das typische Aussehen von Trichophytonkulturen. — Dafs bei dem Kranken ein und derselbe Pilz zwei klinisch völlig verschiedene Bilder hervorrufen konnte, erklärt M. aus den Verschiedenheiten der beiden befallenen Hautpartien, welche der Entwicklung der Pilze ungleichartige Bedingungen darboten. *Göts-München.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Einige klinische Seiten der Wiederimpfung, von A. Maude-London. (*Lancet.* 1. Nov. 1902.) Die Hauptergebnisse dieser bei ca. 1000 Wiedergeimpften gemachten Erfahrungen sind etwa folgende: Die Entwicklung der Bläschen fängt bei etwa 75% schon am zweiten oder dritten Tage an und ist gewöhnlich mit einem ausgesprochenen Juckreiz verbunden. Verspätungen in der Bläschenbildung kommen vor und dauern gelegentlich 14 Tage oder noch länger. Auch kann eine Rekrudescenz resp. eine Wiederentstehung von Bläschen an der Impfstelle vorkommen. Einmal hat M. auch die namentlich von Fox eingehend beschriebene „Himbeer-Vaccine" beobachtet. Furunkel kamen gelegentlich vor; Urticaria, Erythema multiforme und eine diffuse Roseola, wie Masern waren sogar ziemlich häufig zu konstatieren. Niemals aber hat M. ein Ekzem im Anschlufs an die Wiederimpfung entstehen sehen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Wirkung der Revaccination der Mutter während der Schwangerschaft auf die Frucht, von J. F. Palmer. (*Brit. med. Journ.* 6. Dez. 1902.) Verfasser hat in den letzten sechs Monaten zwölf Kinder geimpft, deren Mütter während

der Schwangerschaft revacciniert worden sind. Der Effekt war der, daſs die geimpften Kinder an den Impfstellen gar keine oder ungewöhnlich kleine Bläschen zeigten, während 300 andere um dieselbe Zeit und mit derselben Lymphe geimpfte Kinder normale Impfpusteln aufwiesen. Diese Wahrnehmung haben unter anderen auch Fulton und G. W. Crowe gemacht. *C. Berliner-Aachen.*

Über den Effekt der Revaccination der schwangeren Mutter auf die Leibesfrucht, von A. Maude. (*Brit. med. Journ.* 20. Dez. 1902.) Der Verfasser hat aus dem *British medical Journal* der letzten vier Jahre sämtliche Fälle von Impfungen schwangerer Frauen gesammelt und gefunden, daſs das Kind gegen die Vaccination sich unempfänglich gezeigt hat, wenn die Impfung der Mutter vor dem sechsten Monate der Gravidität stattgefunden hatte, daſs das Resultat zweifelhaft war bei Impfungen im siebenten Monate der Schwangerschaft. Später vorgenommene Impfungen der Mutter hatten keinen Schutzeffekt mehr für die Kinder. Dieselben zeigten alle positive Impfresultate. *C. Berliner-Aachen.*

Der Effekt der Revaccination auf den Foetus während der Schwangerschaft der Mutter, von Ballantyne. (*Brit. med. Journ.* 27. Dez. 1902.) Der Verfasser hat im ganzen dieselben Erfahrungen gemacht wie die anderen Autoren. Doch hält er das Ergebnis von wenig praktischer Bedeutung, weil der dem Foetus durch die Revaccination der graviden Mutter gewährte Schutz höchstens sechs Monate dauert. Deshalb solle man alle neugeborenen Kinder impfen, gleichviel ob bei der Mutter während der Gravidität eine Vaccination oder Revaccination stattgefunden hat oder nicht. Dagegen solle man zur Zeit einer Pockenepidemie auch im Interesse des Foetus die gravide Mutter revaccinieren.

Interessant ist ferner die Beobachtung des Verfassers, daſs, wenn die Revaccination einer schwangeren Frau auch ohne positives Resultat verlaufen ist, doch das Kind mit einem gewissen Grad von Immunität geboren werden kann. Piéry fand, daſs von 44 während der Schwangerschaft ohne Erfolg geimpften Frauen nicht weniger als 31 Kinder geboren wurden, die sich als refraktär gegen die Vaccination erwiesen haben. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Erforschung der Immunität durch die Vaccination, von Keïsuke Tanaka. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1902. No. 10.) Verfasser hat Kinder auf einem Arm geimpft (Vorimpfung) und nach vier bis elf Tagen an dem anderen (Nachimpfung). Er fand, daſs die Efflorescenzen der Nachimpfung vom vierten Tage ab nie so gut entwickelt sind wie diejenigen der Vorimpfung. In den nächsten Tagen werden sie immer kümmerlicher. Etwa am neunten Tage tritt vollkommene Immunität ein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Das Impfwesen auf der Weltausstellung zu Paris 1900, von Burkhardt-Berlin. (*Hygien. Rundsch.* 1. Mai 1902.) Bei der groſsen Wichtigkeit des Gegenstandes im allgemeinen dürfen einige auch nicht speziell dermatologische Punkte aus dem vorliegenden interessanten Berichte wohl hier angeführt werden. Am meisten haben auf diesem Gebiete auſser Deutschland auch Frankreich, Österreich und Ruſsland, letzteres räumlich sogar am erheblichsten, beigetragen. Namentlich waren belehrend von diesem die statistischen Arbeiten, in denen die Pockenmorbidität für die Stadt St. Petersburg in den Jahren 1869—1899 klargelegt wurde. In diesem Zeitraum lieferte das Jahr 1889 mit 150 Erkrankungen die geringste Zahl von Pockenkranken, und das Jahr 1892 mit 6391 die gröſste. Dagegen hatte das ganze Deutschland 1899 nur 846 Fälle. Noch deutlicher wird das günstige Verhältnis für Deutschland aus den graphischen Darstellungen in dessen eigener Ausstellungsabteilung Während in den Jahren 1862—1876 in Preuſsen und Bayern im Durchschnitt jährlich auf je 100000 Einwohner 51,6 Pockenfälle vorkommen, fiel nach Einführung des

Reichsimpfgesetzes (1874) in den Jahren 1882—1896 diese Ziffer auf 0,7, während von anderen Ländern Österreich z. B. noch 38,6 und England 2,9 in der letzteren Periode verzeichneten.

Von der Wiener Impfanstalt war an einem lebensgroßen Modell die Lymphgewinnung unter dem sehr reinlichen aber etwas kostspieligen Tegminverbande am Kalbe hergestellt. Für die Schutzimpfung am Menschen ist die Verwendung von Tegmin mit einer fast ½ cm dicken Lage Verbandsmull (oder Zellstoff, siehe Artikel von Kohn) auch zu verwenden. Für die Lymphegewinnung ist die ganz aus Glas bestehende, sterilisierbare Lymphemühle zur automatischen Verreibung der Masse erwähnenswert. Auch Pfeiffer (München) hat eine Reihe ausgestellt, bei welcher nur Porzellan, und Chalybaeus (Dresden) eine solche, bei der nur Messing mit der Lymphe in Berührung kommt. In der französischen Abteilung fällt namentlich die bildliche Darstellung auf, wie der „Service de vaccination à domicile", die Pariser städtische Impfkommission, mit ihrem Lymphe spendenden Kalbe in die Wohnung der Impflinge sich begibt und dort vom Tier direkt auf den Menschen überimpft, was bekanntlich in Deutschland ausdrücklich verboten ist.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Impfergebnisse und Impftechnik, von Paul Schenk-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 42.) Des Verfassers Ausführungen gipfeln in dem Satze: Hinsichtlich der unerwünschten Begleiterscheinungen der Impfung ist Qualität und Quantität des eingeimpften Impfstoffes von der gleichen, wenn nicht von höherer Wichtigkeit als die Impftechnik. Auch die strengste Asepsis bei und nach der Impfung gibt keine Gewähr für das Ausbleiben von Reizerscheinungen. Der Impfarzt wird sehr oft recht unangenehm überrascht durch den auffallenden Wechsel der Wirkungsstärke bei verschiedenen Lymphsendungen aus derselben Impfstofferzeugungsanstalt. Verfasser belegt das durch eine Reihe von Beispielen. Der wiederholt ausgesprochene Wunsch, die Minimaldosis der zur Erzeugung einer Pustel erforderlichen Lymphmenge durch exakte Probeimpfung zu bestimmen, liegt daher im Interesse aller Impfärzte. Vielleicht wäre es auch zweckmäßig, statt mehrerer kurzer Impfschnitte einen einzigen längeren zu machen. Dadurch fiele die Versuchung zu wiederholtem Einstreichen der Lymphe fort, die Impfung wäre vereinfacht und der Gefahr einer Überdosierung der Lymphe vorgebeugt. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Die verschiedenen Methoden der Impfung und ihre Resultate, nebst Empfehlung der besten Methoden, von F. M. Wood-Camden. (*Phil. med. Journ.* 22. März 1902.) Als handlichste Methode für die tägliche Praxis wird folgende angegeben: Der Arm wird mit Alkohol, eventuell noch mit Seife gereinigt und die Haut einmal mit einer ausgeglühten Nadel leicht geritzt. In die Wunde verreibt man mit einer Elfenbeinspitze die Tierlymphe. Gaze, mit Binden oder Zinkpflaster befestigt, dient als Schutzverband. Die ideale Methode wäre subcutane Injektion von Glycerinlymphe unter chirurgischen Kautelen. *Levor-Frankfurt a. M.*

Über die Sterilisierung der Impfmesser, von P. H. Sagrandi. (*Rev. d'hygiène.* 1902. Bd. 24.) Mit dem vom Verfasser konstruierten, zweckmäßigen Apparate ist es möglich, 150 Impfstilette, die in der französischen Armee vorschriftsmäßigen Vaccinostyle von Maréschal, in kurzer Zeit zu sterilisieren. Derselbe besteht aus einem zylinderförmigen, festgearbeiteten und verschließbaren Behälter *A*, in welchem mittels einer Spirituslampe eine Temperatur von 110° C. unterhalten werden kann. Ein zweiter, kleinerer, ähnlicher Behälter *B* dient zur Aufnahme einer dreiteiligen Etagère *C*, auf welcher in 150 kleinen Öffnungen die Impflanzetten aufgesteckt sind. Behälter *B* wird mit einer 2%igen Lösung von kohlensaurem oder borsaurem Natron beschickt und in Behälter *A* eingesetzt. Nachdem man nun 10—15 Minuten lang

hat kochen lassen, wird mittels des beigegebenen Hakens der Behälter *B* entfernt, die Etagère herausgenommen und in Behälter *A* zum weiteren Sterilisieren und Trocknen bei 110° auf 15 Minuten eingesetzt. Man läfst dann 1½—2 Stunden abkühlen und hat somit 150 gebrauchsfähige Instrumente. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Untersuchung über die Ursachen, welche ein Schwanken in den Resultaten der Impfung herbeiführen können, von Ferrier-Val-de-Grace. (*Rev. d'hygiène et de pol. san.* Bd. XXIV.) In der französischen Armee schwankte der Erfolg der Impfung bei der dem Verfasser zur Verfügung stehenden Serie von 29 verschiedenen Regimentern und dislozierten Schwadronen zwischen 1,87 % und 78,76 %. Man glaubte, eine Verschiedenheit in der Empfänglichkeit der Rekruten je nach ihrer Provenienz annehmen zu können. Als wahre Ursachen dieser Unregelmäfsigkeit weist F. aber nach, dafs die Impfmethoden sehr verschieden sind, indem einige Ärzte nach der alten Vorschrift blofs punktförmige Stiche machen, die anderen, erfolgreichen, richtig skarifizieren. Auch läfst die Beurteilung von „Erfolg" und „Nichterfolg" ziemlich weiten Spielraum zu. Man sollte nach F.s Ansicht eine Rubrik „zweifelhaftes Ergebnis" in den Impfberichten einführen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Herstellung der animalischen Vaccine, von Th. Smith-West Roxbury, Mass. (*Boston med. a. surg. Journ.* 21. Aug. 1902.) Enthält nur Bekanntes.

Das Impfen: die Technik, von E. A. Darling-Cambridge, Mass. (Ibid.) Wie oben.

Impfungen: Unfälle und ungünstige Wirkungen, von J. H. McCollom-Boston. (Ibid.) Im Jahre 1901 wurden 18 Fälle von Dermatitis herpetiformis in Boston und Umgegend im Gefolge von vorgenommener Impfung beobachtet. Verfasser teilt hier ausführlich das Obduktionsprotokoll des einen Falles mit. Natürlich war keine Spur eines möglichen Zusammenhanges nachzuweisen. Eine Rundfrage bei Ärzten hat Antworten von 1859 derselben eingebracht. Sie berichten über 2525083 Impfungen. Unter diesen hatten 68 mittelschwere Störungen mit Arbeitsunfähigkeit im Gefolge; bei 54 Fällen traten recht schwere Komplikationen (Phlegmone, Erysipel, Gangrän, Dermatitis herpetiformis) ein, und bei 35 Geimpften wird der Exitus letalis mit der Impfung in Zusammenhang gebracht. Als Todesursache werden genannt: Tetanus (11), Erysipel (4), Dermatitis herpetiformis (12), Septicämie (3), Tuberkulose, chronische Nephritis und Pyämie je 1 und unbekannte Ursachen zweimal. Wie man sieht, ist das Material, so klein es ist, noch anfechtbar. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Mifserfolge bei der Schutzpockenimpfung mit tierischer Vaccine, von Benoit und Roussel-Lyon. (*Rev. d'hygiène et de pol. san.* Bd. XXIV. 1902.) Dieser Arbeit liegen die Erfahrungen der Verfasser bei der Impfung von vielen Tausenden Soldaten der französischen Armee und eine ausgiebige Benutzung der Literatur zu Grunde. Sie kommen dabei zu dem Resultate, dafs in der Tat eine Abschwächung der verwendeten Lymphe zu konstatieren ist. Als Hauptfaktor bei dieser Entartung bezichtigen sie die Aufbewahrung der Lymphe in vitro, einerlei ob mit oder ohne Zusatz von Glycerin. Demgemäfs empfehlen sie als Mafsregel zur Erzielung eines wirksamen Präparates, womöglich in ununterbrochener Reihenfolge von einem Kalb aufs andere weiter zu impfen, wenn nicht gerade Lymphe für Menschenimpfung verlangt werde. Sie konstatieren auch ein verhältnismäfsig günstigeres Gesamtresultat bei direkter Impfung vom Tier auf den Menschen, wenn sie auch die verschiedentlichen Nachteile dieses Verfahrens nicht verkennen. Um die verlorene Virulenz der Lymphe wieder auf die Norm zurückzubringen, empfehlen sie die Transmission durch eine andere Tierspecies. Sie fanden, dafs eine zweimalige Übertragung auf Meerschweinchen bei nachheriger Applikation auf Kälber wesentlich zahlreichere und namentlich vollkommenere Erfolge erzielte, als sie sonst mit ihrer Lymphe bewirken.

Allerdings ist das Meerschweinchen wegen seiner ausgesprochenen Empfänglichkeit für Tuberkulose für eine weitere Verwendung in dieser Weise nicht zu empfehlen, und andererseits sind die mitgeteilten Versuche noch so wenig zahlreich und beweiskräftig, dafs man eigentlich gar keine bestimmteren Schlüsse daraus ziehen kann. Überhaupt enthält die ziemlich ausführliche Arbeit für diejenigen, welche sich schon etwas eingehender mit dem Gebiete der Kuhpockenimpfung beschäftigt haben, kaum etwas Neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die rasche Depuration der Kuhpockenlymphe, von Serbiscia. (*Il Policl.* 10. Nov. 1902.) Diese „Reinigung" der präparierten Lymphe besteht darin, dafs das Glyceringemenge während einiger Tage einer konstanten Temperatur von 37° C. im Brütofen ausgesetzt wird, wodurch eine Sterilisation der Lymphe erreicht wird, während sie ihre spezifischen Eigenschaften beibehält. *C. Müller-Genf.*

Impfstoff für Wiederimpflinge, von H. Berger-Hannover. (*Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw.* 3. Folge. XXV, 1.) Verfasser führt aus, dafs es sich empfehlen dürfte, für Wiederimpflinge einen anderen Impfstoff zu verwenden als für Erstimpflinge. Er hat bei ersteren mit einer 13—18 Tage alten, stark verdünnten (1 : 7) Lymphe die besten Resultate erzielt, während für Erstimpflinge ein länger gelagerter Stoff zur Vermeidung einer allzu stürmischen Reaktion zu verwenden ist. Aus den statistischen Tafeln ist ersichtbar, dafs die Mifserfolge bei Wiederimpfungen in einem einzelnen Jahrgang schwanken können von 0,05 (Cannstatt) zu 45,72% (Hamburg), wobei allerdings die Qualität des Impfstoffs nicht der einzige, wenn auch zweifellos der wichtigste Faktor ist. Besonders schöne Impfpocken erhielt B. mit einer an einem Ferkel gezogenen Lymphe, die aber vor Übertragung auf Menschen erst auf ein Kalb wieder verimpft war. Vielleicht wäre ein öfteres Wechseln der Tierrasse für die Lymphgewinnung nützlich.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Unterschied der Wirkung von frischer und gelagerter Glycerinlymphe, von E. Levy-Strafsburg. (*Hygien. Rundsch.* 15. Juni 1902.) Im Jahre 1899 hatte im Elsafs die Verwendung einer anscheinend einwandsfreien Lymphe, welche 24—48 Stunden nach der Entnahme vom Kalbe zur Impfung gebraucht war, eine gröfsere Zahl von sehr intensiven entzündlichen Reaktionen und phlegmonösen Prozessen, Vereiterung der Achseldrüsen und Eruptionen, wie bei Impetigo contagiosa, im Gefolge. Dieselbe Lymphe erwies sich nach achttägigem Lagern als durchaus milde und reizlos. Die bakteriologische Untersuchung an 11 resp. 14 Tage alten Proben ergab im ccm 6800—6400 Keime, meist Staphylococcus pyogenes, ferner Sarcine und Bac. mesentericus vulgatus. Tierimpfungen ergaben ein negatives Resultat. Somit mufste die gelagerte Lymphe als einwandsfrei bezeichnet werden. Seitdem wird frische Lymphe nicht mehr abgegeben. Leider ist aber zu konstatieren, dafs mit der längere Zeit (vier Wochen) gelagerten Lymphe sehr viele Fehlimpfungen erfolgen. Es scheint, als ob der Glycerinzusatz nicht nur die pathogenen Keime abtöte, sondern auch das Vaccinevirus unwirksam mache. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Vaccinevirus mit besonderer Berücksichtigung der Gefahren der Glycerinlymphe, von F. J. Runyon-Clarksville. U. S. A. (*Charl. med. Journ.* Jan. 1902.) In diesem Artikel beruft sich R. auf die Autorität von Dr. Welch-Philadelphia und auf einige andere Kollegen, sowie auf seine eigenen Erfahrungen, um nochmals zu Gunsten der durch Antrocknen an Stiftchen von Elfenbein oder Knochen konservierten Lymphe („Points") gegenüber der Glycerinlymphe zu plädieren. Er meint, dafs die Lymphe durch den Zusatz von Glycerin an Wirksamkeit verliere, während andererseits durch das Trocknen die störenden Mikroorganismen getötet werden, ohne dafs die Lymphe leidet. Als eine gelungene Erstimpfung sei auch nur eine solche zu be-

zeichnen, bei welcher ein typisches Jennersches Bläschen mit umgebenden Hofe nebst konstitutionellen Erscheinungen zu konstatieren sind. Dies wurde mit Glycerinlymphe viel zu selten erzielt. — Bei der Wichtigkeit der Frage dürfte es sich vielleicht empfehlen, hierüber nicht ohne weiteres zur Tagesordnung überzugehen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Nochmals „die viel umstrittene Impffrage"; besitzen wir eine Normal-Glycerinlymphe? von F. J. Runyon-Clarksville U. S. A. (*Amer. med. Journ.* 1. Febr. 1902.) Verfasser verteidigt seine früheren Veröffentlichungen gegen die auf sie gemachten Angriffe und wiederholt und erweitert seine Beweise für die Minderwertigkeit der Glycerinlymphe gegenüber der getrockneten auf „Points". Namentlich führt er aus, dafs von 18 Tetanusfällen 16 mit Glycerinlymphe geimpft waren — was allerdings bei der grofsen Verbreitung dieser Lymphart nicht viel besagen will —, und dafs trotz kürzlich erfolgter Impfung mit Glycerinlymphe mehrfach die getrocknete Lymphe klassische Bläschen erzeugte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Die soziale Behandlung der Leprösen während der christlichen Ära, von Albert S. Ashmead - New York. (*St. Louis Journ.* Dez. 1902.) Verfasser gibt eine kurze historische Übersicht über die Entwicklung der gesetzlichen Vorschriften und der staatlichen Fürsorge für Lepröse — Isolierung, Eheverbote, Spitäler — und kommt zu dem pessimistischen Schlufs, dafs in Amerika wenigstens die Behandlung der Leprösen gegenwärtig nicht besser sei als in vergangenen Jahrhunderten. Noch heutigentags müfsten diese Unglücklichen hungern und darben, für sie gäbe es kein Asyl. „In jedem Staate der Union leidet die öffentliche Hygiene, soweit sie die Lepra betrifft; aber Kirchen und Kapellen werden dem Gott der Reichen in Menge gestiftet."

Levor-Frankfurt a. M.

Das Leprahospital in Havana, von J. Dyer. (*Brit. med. Journ.* 2. Febr. 1903.) Das Leprahospital San Lazaro in Havana wurde im Jahre 1681 gegründet, erhielt jedoch erst im Jahre 1861 ein neues, imposantes, schön gelegenes und sehr gut geleitetes Gebäude, das bis auf die noch mangelhaften Bäder allen hygienischen Anforderungen entspricht. Es befanden sich zur Zeit, als Verfasser das Hospital besichtigte, 114 zumeist eingeborene Lepröse darin. Vom Wartepersonal hat niemals einer Lepra acquiriert. Der leitende Arzt Dr. Alfonso glaubt die besten therapeutischen Resultate mit dem Chaulmoograöl erzielen zu können. Indessen kommen auch die anderen Behandlungsmethoden zur Anwendung. Carasquillas Serum wurde eine Zeitlang gebraucht, dann aber wieder aufgegeben. Unter den Patienten befanden sich auffallend viele mit Erscheinungen, die dem Morvanschen Typus angehören.

C. Berliner-Aachen.

Larvierte oder sporogenetische Lepra. von Alb. S. Ashmead - New York. (*St. Louis med. Journ.* Okt. 1902.) Mit Hilfe zahlreicher kasuistischer Mitteilungen aus der Lepraliteratur aller Länder sucht A. die Anschauung zu stützen, dafs gewisse Affektionen, die als Syringomyelie, Rheumatismus mit Gelenkdeformationen, Leukoderma und anderes imponieren, in Wirklichkeit larvierte Formen von Lepra darstellen, vielleicht hervorgerufen durch Sporen der Leprabacillen. *Levor-Frankfurt a. M.*

Ein Fall von Lepra tuberosa in Triest, von Emanuel Freund. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. No. 1.) Der Leprakranke stammte aus einem Orte in Süditalien, in dem zwei letal endende Leprafälle viele Jahre vorher vorgekommen waren. Er selbst war mit ihnen nicht in Berührung gekommen, dagegen verkehrte sein Bruder,

der mit ihm stets zusammenschlief, sehr intim mit einem der beiden Leprösen. Der Bruder war völlig gesund geblieben. Man mufs annehmen, dafs an den Kleidern des Bruders haftende Leprakeime diesen Patienten vermittels einer kleinen vorhandenen Läsion infiziert hatten. — Der Fall bot das typische Bild der Lepra tuberosa.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Histologie der infektiösen Granulome, von T. Secchi. (*Bif. med.* 1902. No. 20—22.) Verfasser behandelt in diesem Abschnitte die Lepra. Beim leprösen Granulom sind die Schwellung und die Vakuolenbildung der Zellen parasitärer Natur, und müssen diese Erscheinungen als eine schleimig-wässerige Entartung betrachtet werden, indem sie die Mucinreaktion geben. Diese Substanz ist ein Sekretionsprodukt des Leprabacillus. Die Wirkung dieses letzteren sowie jedes anderen Bacillus auf die Gewebe ist eine doppelte, eine irritative, welche eine vorübergehende Hypertrophie und Hyperplasie der Bindegewebszellen zur Folge hat, und eine nekrobiotische mit Schwellung und Vakuolisation der Zellen. Zuweilen kommt es auch zur käsigen Degeneration und Bildung von tuberkuloiden Herden. Der Unterschied in der Wirkung des tuberkulösen und des leprösen Bacillus besteht somit darin, dafs der Tuberkelbacillus meist eine käsige, der Leprabacillus eine vakuläre Degeneration verursacht; Riesenzellen kommen vorzugsweise bei der Tuberkulose vor; der Kochsche Bacillus entfaltet eine entzündungserregende Wirkung, die sich in der Bildung von lymphoiden Tuberkeln kundgibt, was bei der Lepra nicht vorkommt. Die Grundmasse des Lepragranuloms besteht aus Bindegewebe, welches öfters ein epitheloides Aussehen zeigt, weshalb die Lymphocyten und Plasmazellen selten sind. *C. Müller-Genf.*

Die Heilung (?) der Lepra durch Chaulmoograöl, von Alb. S. Ashmead-New York. (*St. Louis med. Journ.* Nov. 1902.) Verfasser glaubt nicht, dafs man die Lepra mit Chaulmoograöl wirklich heilen könne. Zwar würden manche Fälle durch lange fortgesetzte Injektionen oder innerliche Gaben gebessert, doch könne die günstige Wirkung nicht mit derjenigen von Quecksilber, von Jodkalium bei Syphilis, von Chinin bei Malaria verglichen werden. Häufig trete mit dem Aussetzen des Öles sofort eine Verschlimmerung des Zustandes ein. *Levor-Frankfurt a. M.*

In der Société Française d'Électrotherapie (Dezembersitzung 1902. Nach *Revue internationale de Thérapie physique.* 1903. No. 5) hielt Oudin einen Vortrag über **Lepra tuberosa, behandelt mit X-Strahlen.** Ou., der vielfach eine elektive, spezifische Wirkung der X-Strahlen auf kranke Gewebe beobachtet hat, setzte in zwei Fällen von Lepra tuberosa kleine Hautbezirke der Wirkung der Röntgenstrahlen aus und konnte bei beiden Kranken nach mehrwöchentlicher Behandlung eine bedeutende Besserung konstatieren. In dem einen Falle fanden sich auf der dorsalen Fläche der Hände zahlreiche, verschieden grofse, zum Teil konfluierte, von bläulichroter Haut bedeckte Knoten, zwischen denen die Gewebe gesund, aber cyanotisch waren. Die Bestrahlung der linken Hand bewirkte, dafs hier die kleinen Knoten verschwanden, die grofsen aber kleiner und blasser wurden und die konfluierten Knoten sich isolierten: die Cyanose der zwischen den Knoten liegenden Haut verschwand, der vorher verdickte und brüchige Nagel des linken Zeigefingers nahm ein völlig normales Aussehen an. Im zweiten Falle wiesen die Handgelenke und die dorsalen Handflächen eine teigige Anschwellung des subcutanen Bindegewebes auf; die Haut war bräunlich pigmentiert, die Epidermis verdickt, gerunzelt und trocken. All diese Erscheinungen besserten sich an dem bestrahlten linken Handgelenke ganz beträchtlich. In beiden Fällen wurden die Bestrahlungen nur alle zwei Tage wiederholt, ihre Dauer betrug $2^1/_2$—5 Minuten bei 15 cm Entfernung. Ou. erreichte dadurch eine ganz milde Wirkung, so dafs stärkere Entzündungen der Haut vermieden wurden; darauf ist nach seiner Erfahrung das gröfste Gewicht zu legen. *Göts-München.*

b. *Tuberkulose.*

Die neueren Anschauungen über die Tuberkulosen der Haut und die tuberkulösen Angiodermatitiden, von L. E. Leredde - Paris. (*Rev. pratique des Malad. cut., syphil. et vénér.* I. No. 9.) Nach der Ansicht L.s ist das Gebiet der tuberkulösen Erkrankungen entschieden ein gröfseres, als man bisher anzunehmen geneigt ist. Die vorliegende Arbeit umfafst vier Kapitel: 1. Das Vorhandensein von benignen, spontan heilbaren Formen von Hauttuberkulose. 2. Das Vorhandensein von Hautläsionen, welche nicht die Struktur von klassischen tuberkulösen Läsionen aufweisen und auch nicht Bacillen enthalten, wenigstens soweit die Ergebnisse der Färbung oder die Impfung an Meerschweinchen dies erkennen lassen, und die auch nicht auf Tuberkulin reagieren, aber doch bedingt sind, entweder durch die Toxine der Tuberkulose oder durch den Tuberkelbacillus selbst. 3. Die Frage von der Heredität bei den Hautläsionen tuberkulösen Ursprungs. Die tuberkulösen Angiodermatitiden in gewissen Familien. 4. Die bei den tuberkulösen Angiodermatitiden zu beobachtenden artikulären Erscheinungen. — In Bezug auf das erste dieser vier Themata führt L. aus, dafs der Lichen scrophulosorum, dessen tuberkulöse Natur durch die mit gröfster Regelmäfsigkeit zu beobachtenden unzweifelhaft tuberkulösen Begleiterscheinungen, sowie durch die anatomischen Verhältnisse und den Nachweis von Bacillen festgestellt ist, in jedem Falle, und zwar oft ohne besondere Behandlung, immer heilbar ist. Im zweiten Teil sucht Verfasser den Beweis zu erbringen, dafs auch der Lupus erythematodes bacillären Ursprungs sei, wie dies von Besnier auch behauptet worden ist. Seine (nicht allzu beweiskräftigen. Ref.) Gründe sind folgende: Er hat häufig sonstige tuberkulöse Erscheinungen bei Lupus erythematodes konstatiert, und mit grofser Regelmäfsigkeit sieht man eine Beteiligung der dem Krankheitsgebiet entsprechenden Halslymphdrüsen. Auch hat Audry gelegentlich allerdings unter mehreren Hunderten von Schnitten Riesenzellen gefunden. Ein Zwischenglied bildet der Leloirsche Lupus erythematoides. Des weiteren erwähnt Verfasser als eine tuberkulöse Angiodermatitis das Erythema induratum, das auch von anderer Seite als tuberkulös anerkannt ist.

In Bezug auf die Frage von der Heredität glaubt Verfasser bei diesen Dermatosen nicht an eine kontagiöse Übertragung, wie Leloir, sondern an eine kongenitale Familieneigentümlichkeit, namentlich weil in den Statistiken eine Übertragung vom Ehemanne auf die Frau niemals erwähnt wird.

Im letzten Stücke führt er aus, dafs viele als rheumatisch bezeichnete Gelenkaffektionen sicherlich tuberkulösen Ursprungs seien. Aber auch hierbei, wie in der ganzen Arbeit, werden viel mehr Fragen aufgeworfen als entschieden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Klinische Bemerkungen über die Tuberkulose der Haut, von Neumann. (*Wien. klin. Rundsch.* 1908. No. 1.) Die tuberkulösen Erkrankungen der Haut in ihren verschiedenen klinischen Gestaltungen sind die ergiebigsten Infektionsquellen für die viscerale Tuberkulose. — Die direkte Übertragung der Tuberkulose von Menschen auf Menschen kommt unzweifelhaft vor. Die Inokulation der Tuberkulose durch die rituelle Circumcision ist völlig beweisend. Die tuberkulösen Beschneider infizieren die Kinder bei dem vielfach noch geübten Aussaugen der gesetzten Wunde. Von hier verbreitet sich das infektiöse Agens oft weiter zu den Lymphdrüsen des Beckens, erzeugt Peritonitis etc. — Von Interesse ist die Invasion von Tuberkelbacillen in ekzematöse Hautflächen, wie sie Demme beobachtet hat. — Die indirekte Übertragung durch Verbandstücke, Wäsche etc. ist zu beachten. — Einen wichtigen Infektionsmodus bildet die Oskulation, wobei die Tuberkulose der Haut und der Schleimhaut von Bedeutung ist. — Die Tuberkulose von Vulva und Anus, oft in Mischinfektionen mit

Lues, wird oft nicht erkannt, muſs aber in Betracht gezogen werden. — Die zu treffenden Vorsichtsmaſsregeln ergeben sich aus diesen Betrachtungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Erythema induratum und Tuberkulose, von THOMAS-Genf. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 4.) Bei einem 24jährigen Mädchen, das als Kind skrophulös gewesen war, traten zuerst an der Streckseite der Beine und bald darauf an den Armen subcutane, kleine, isoliert stehende, bläulich verfärbte, harte, schmerzhafte Anschwellungen auf; dieselben wurden alsbald weicher und verschwanden im Verlaufe eines Monats unter Hinterlassung einer leichten, subcutanen Induration. Wenige Wochen später stellten sich heftige Schmerzen an der Wirbelsäule und in der rechten Thoraxseite, wiederholte Hämoptoen und leichte Temperatursteigerungen ein; gleichzeitig wurde eine Infiltration der rechten Lungenspitze mit den typischen auskultatorischen und perkussorischen Veränderungen konstatiert. — Der Fall beweist, daſs bei und nach dem Auftreten eines jeden Tuberkulids die inneren Organe sorgfältig beobachtet werden müssen.

Göts-München.

Verschiedenes.

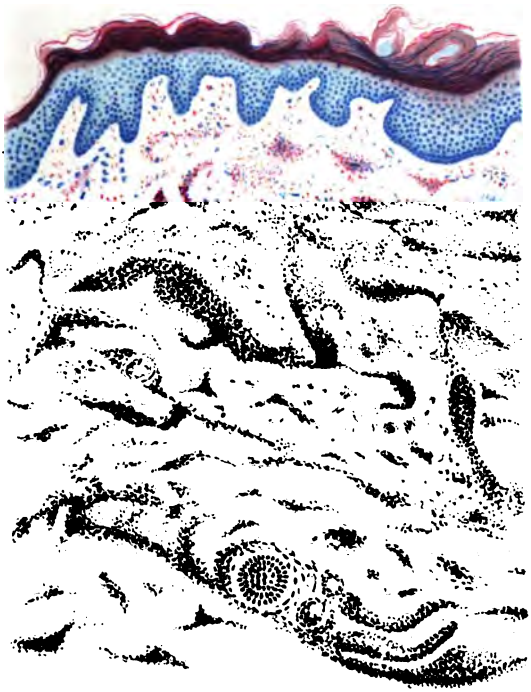
Eine einfache Methode, genaue Abgüsse der Haut und anderer Körperoberflächen mit CATHCARTs Material herzustellen, von THEODORE SHENNAN-Edinburgh. (*Scott. med. Journ.* April 1903.) SH. führt als Beispiel für seine Methode, welche er als sehr vereinfacht gegenüber jener von Dr. PETERS (Torento) und CATHCART selbst angegebenen ansieht, eine Hand an, an welcher er alte Narben und die glatte, dünne, dieselben umgebende Haut demonstrieren will; dieselbe wird mit Vaselin sorgfältigst bestrichen, dieses dann abgewischt, so daſs nur eine ganz dünne Schicht liegen bleibt, und eine dünne Pflastermischung von Creamkonsistenz sorgsam in alle Spalten und Winkel der Haut eingerieben, um alle darin befindlichen Luftblasen auszutreiben. Eine dicke Lage gewöhnlichen Pflasters wurde nun appliziert, um einen genauen Abguſs zu erzielen. Derselbe wurde 14 Tage lang zum Trocknen gelegt und der flüssige „Glycerinleim“ entsprechend mit Zinkoxyd und Rotfarbe gefärbt, eingegossen und mit einem Borstenpinsel allseitig verteilt. Zur Färbung der Oberfläche des Abgusses werden mit Terpentin gemischte Ölfarben möglichst trocken appliziert. Auf diese Art sollen sehr naturgetreue Reproduktionen, welche SH. auch zu Abgüssen von Geschwülsten, Geschwüren, ödematösen Oberflächen u. a. m. anwandte, zu erzielen sein. (Woraus das eigentliche Material CATHCARTs besteht, ist hier nicht zu erkennen gewesen. Ref.)

Stern-München.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1

Fig. 2.



Reiss

Lith. Anst. Julius Klinkhardt Leipzig

Verlag von Leopold Voss

Fig. 3.

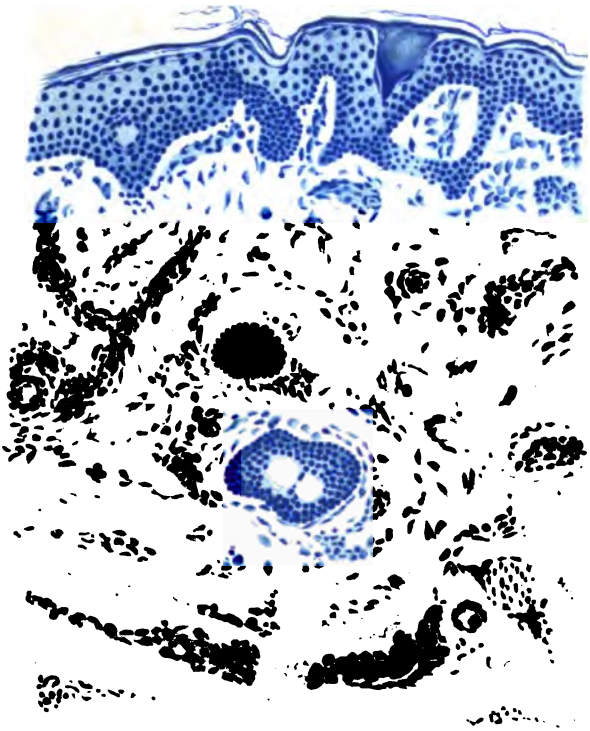


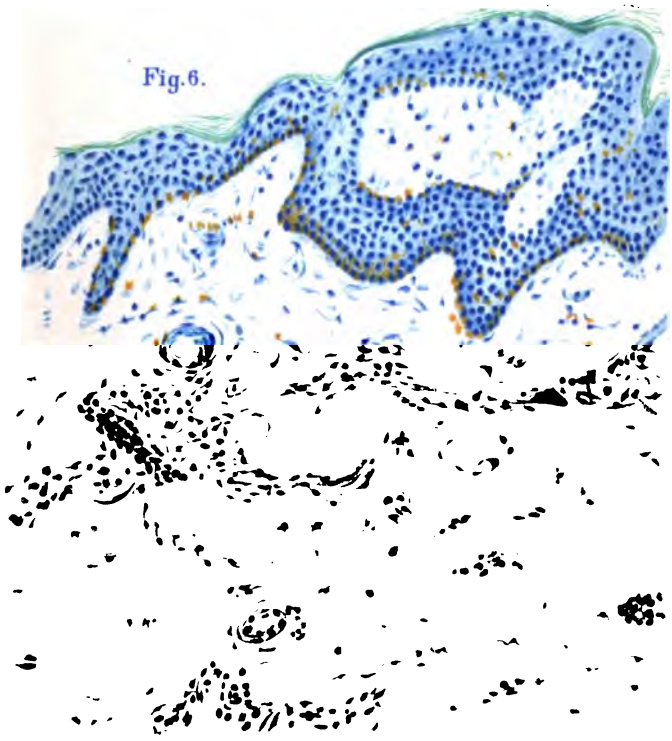
Fig. 4.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig

Fig. 5.

Fig. 6.



Verlag von Leopold Voss in Hamburg.
Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 37. No. 4. 15. August 1903.

Aus der Privatpoliklinik für Hautkrankheiten von Dr. E. Heuss, Privatdozent in Zürich.

Beiträge zur Kenntnis der Parapsoriasis (BROCQ).

Von

Augusta Bučeк,
Ärztin aus Essek (Kroatien).

Im Jahre 1890 beschrieb Unna in Gemeinschaft mit Santi und Pollitzer (1) unter der Bezeichnung Parakeratosis variegata einen eigenartigen Symptomenkomplex einer bis dahin unbekannten Hautaffektion, die ein Mixtum compositum von je „einem Bifschen" Psoriasis, Lichen ruber, Ekzem, Pityriasis rosea bildete, sich aber dann durch Abwesenheit anderer, für jene Affektionen charakteristischer Symptome, auszeichnete. Morphologische Characteristica bot diese neue Dermatose nicht. Das war auch der Grund, dafs dieses Krankheitsbild jahrelang ohne Beachtung blieb, bezw. dafs ihm von verschiedenen Forschern jede Selbstständigkeit als Morbus sui generis abgesprochen, dasselbe bald als atypische Form von Psoriasis, bald als Lichen atypicus angesprochen wurde.

Erst vier Jahre später gelangten zwei neue einschlägige Beobachtungen zur Mitteilung; erstens durch Jadassohn, der, ohne seinen Fall mit Unnas Parakeratosis variegata in Beziehung zu bringen (wenigstens erwähnt Autor Unnas Publikation mit keinem Wort), denselben als „Eigenartiges psoriasiformes und lichenoides Exanthem" oder „Dermatitis psoriasiformis nodularis" und als „einen für sich stehenden Prozefs" auffafste. Die zweite Mitteilung erfolgte durch Neisser, der speziell das Lichenähnliche seines Falles betonte, denselben übrigens strenge von Lichen getrennt wissen wollte.

Das Jahr 1897 bringt neue Beobachtungen. Brocq beschreibt zwei Fälle, die ersten, die in Frankreich bekannt wurden (Erythrodermies pityriasiques en plaques disseminées). Eine weitere Publikation erfolgte durch Juliusberg aus der Neisserschen Klinik (Psoriasiformes und lichenoides Exanthem).

1898 wird die Kasuistik durch drei neue Fälle bereichert. Róna teilt einen Fall aus Ungarn mit (Morbus Jadassohnii), Pinkus aus Deutschland

(Psoriasiformes und lichenoides Exanthem) und EUDLITZ aus Frankreich (Psoriasis en gouttes d'aspect syphiloide).

1899 bringt JULIUSBERG zwei Beobachtungen zur allgemeinen Kenntnis (Pityriasis lichenoides chronica).

1900 wird Amerika zum ersten Male vertreten durch WHITES zwei Fälle (Case of BROCQs Erythrodermies), und JADASSOHN berichtet abermals über einen einschlägigen Fall (Dermatitis psoriasiformis nodularis).

1901 beschreibt TÖRÖK zwei Fälle (In zerstreuten Flecken auftretende, schuppende Erythrodermien), RAVOGLI einen Fall (Erythrodermia squamosum), RADCLIFF CROCKER zwei Fälle (Lichen variegatus), COLCOTT FOX und MACLEOD einen Fall (On a case of Parakeratosis variegata bezw. Resistent maculo-papular scaly erythrodermies).

1902 bringt BROCQ acht neue Fälle (Parasporiasis), MÉNEAU einen Fall (Parakeratosis var.), GASTON und NICOULAU einen Fall (Parasporiasis ou Parasyphilis).

Obgleich mit der „Entdeckung" dieser neuen Dermatose erst 33 Fälle zur Kenntnis gelangt, erfreut sie sich doch schon einer grofsen Anzahl Namen (neun!), ein Beweis nicht nur für die erstaunliche Fruchtbarkeit der dermatologischen Nomenklatur, sondern auch für die Unsicherheit der je nach den einzelnen Beobachtungen schwankenden Auffassung des Krankheitsbildes überhaupt.

Nicht viel Neues zum Symptomenbild zeigen die beiden Fälle, die ich im folgenden bringe. Deren Studium bildete für mich den Anstofs, die gesamte bis dahin darüber erschienene Literatur, soweit mir zugänglich, einer Durchsicht zu unterziehen.

Bevor ich auf unsere beiden Fälle des näheren eingehe, will ich die bisher erschienene Kasuistik im Auszuge wiedergeben.

I. UNNA-SANTI-POLLITZER (1). Erster Fall. Bei einem 28jährigen, robusten Manne trat die Erkrankung akut auf in Form von Flecken, die sich langsam über den Körper ausbreiteten, ausgenommen Kopf, Palmae, Plantae. Keine subjektiven Beschwerden. Schroffer Temperaturwechsel und psychische Emotionen verursachen Exacerbation.

Der gröfste Teil der Körperoberfläche ist von einer Röte überzogen, die bis talergrofse, normale Hautinseln einschliefst, wodurch ein buntes, marmoriertes Bild zu stande kommt. Die gerötefeten Stellen sind gewöhnlich nur sehr wenig über die normale Haut erhaben, stellenweise bekommt man aber beim Zufühlen das Gefühl eines ziemlich derben Infiltrats; sie sind bedeckt mit ziemlich leicht ablösbaren, fein lamellösen Schuppen und zeigen eine gröbere Hautfelderung. Auch einzelne isolierte, bis linsengrofse Flecke sind zu sehen, und daneben eine Anzahl flacher, pfefferkorngrofser, gelblichroter, glänzender Knötchen, die teils isoliert stehen, teils zusammenfliefsen. Eine Chrysarobin-Pyrogallol-Schmierkur

brachte einen allmählichen Rückgang des Exanthems zu stande. Über den späteren Verlauf berichten die Autoren nicht.

Zweiter Fall. Die Dermatose entstand bei dem 27jährigen, gesunden Manne vor sieben Jahren spontan und hat jetzt den ganzen Körper befallen, nur Gesicht, Hände, Füfse blieben frei. Sehr monotoner Verlauf. Keine Beschwerden, aufser bei starkem Schwitzen und rauhem Wetter leichtes Jucken. Die Affektion besteht aus kleinen, gelblichroten Knötchen, die teils isoliert sind, teils Gruppen, Ringe bilden oder netzförmig angeordnet sind, wodurch sie der Haut ein marmoriertes Aussehen verleihen. Die Mehrzahl der Efflorescenzen ist schilfernd, doch hat es auch schuppenlose Papeln.

Eine energische Chrysarobinbehandlung brachte langsame Besserung, aber keine Heilung.

Die histologische Untersuchung zeigte in beiden Fällen Übereinstimmung: verdickte Hornschicht, normale Übergangsschichten, mäfsige Gefäfserweiterung und Ödem im Papillarkörper, ebenda leichte Entzündung, lediglich charakterisiert durch Zunahme der Zellen längs der Gefäfse und sehr geringe Emigration weifser Blutkörperchen. Stachelschicht wenig verdickt, inter- und intraepitheliales Ödem. Keine vermehrten Mitosen, Wanderzellen nur spärlich in der Oberhaut. Die eigentliche Cutis und die eingebetteten Follikel und Knäuel, die Muskel und das Hypoderm frei.

II. Jadassohn (2). Der kräftige, stets gesunde, 30jährige Mann infizierte sich im 21. Jahre luetisch, wurde davon geheilt, keine Rezidive. Im 27. Jahre trat eine Dermatose zuerst am Halse auf, die sich innerhalb acht Tagen über Rumpf, Oberschenkel und Arme ausbreitete, übriger Körper frei. Anfangs geringes Jucken, das bald cessierte. Die Krankheit wurde zuerst für ein lichenoides Syphilid angesehen, und Patient mit Hg behandelt, was jedoch erfolglos blieb. Die Efflorescenzen und bis linsengrofse, rote, rundliche Flecke und Knötchen, meist unscharf begrenzt und dellenartige Vertiefung zeigend. Es besteht keine evidente Schuppung, erst nach Kratzen löst sich ein ziemlich dickes, zusammenhängendes Häutchen ab, das gröfser als die Efflorescenz selbst ist; nach dessen Entfernung geringe Blutung. Peripheres Wachstum. Schleimhäute frei. Nach Chrysarobin-Pyrogallussäurebehandlung Heilung in 8—14 Tagen, nach kurzer Zeit Rezidiv. Mikroskopisch findet man anfangs eine die Papillen einnehmende Rundzelleninfiltration, in deren Zentrum die Rundzellen langsam verschwinden, während peripherwärts neue Infiltrationen entstehen. Zentral entsteht eine Delle, die mit dicken, klinisch nicht als Schuppen imponierenden Hornmassen ausgefüllt ist; letztere haben kernhaltige Hornzellen. Um Gefäfse Zellproliferation. Strat. granulos. fast normal. Stachelschicht leicht verdickt.

III. Neisser (3) demonstrierte auf dem vierten dermatologischen Kon-

grefs zu Breslau 1894 eine 27jährige Patientin, die seit ihrem 21. Jahre an einem Exanthem litt, das in seiner Intensität nur ganz geringe Schwankungen während seines Bestehens aufwies. Spontanes Auftreten. Die Effloreszenzen sind über den ganzen Körper disseminiert, nur der behaarte Kopf ist intakt. Es sind dies wenig erhabene, rote, isolierte Elemente, circa linsengrofs, etwas glänzend, rundlich, nicht gedellt. Daneben in Minderzahl ausgesprochene Knötchen. Die Läsionen tragen ein feines, weifses Schüppchen, das leicht zu entfernen ist, ohne dafs Blutung erfolgt. Keine Prädilektionsstellen, Streck- und Beugeseiten gleich stark affiziert. Subjektive Erscheinungen nicht vorhanden. Schleimhäute intakt. — Nach Gebrauch von Jodkalium, Vleminx-Bädern, Teerpräparaten trat Besserung ein.

Histologische Untersuchung: Hornschicht verdickt, Epithel kaum verändert, enthält sehr wenige Leukocyten. In der Cutis geringe, meist perivaskuläre Rundzellenanhäufung.

IV. Juliusberg (4) Patient, ein 23jähriger Mann, leidet an Nervosität, klagt über Juckanfälle, die schon seit Kindheit bestehen, hat leicht erregbare Vasomotoren (Urticaria fact., leichtes Erröten). Die Hautaffektion trat im 17. Jahre auf, ohne Vorerkrankung. Die Läsionen begannen als stecknadelkopfgrofse, hochrote Papeln, die sich bald verbreiteten, flacher und blasser wurden und schliefslich ein makulöses Aussehen darboten. Mit Ausnahme des Kopfes ist der ganze Körper befallen. Flecke und Papeln sind von feinen, kleienförmigen Schuppen bedeckt; ab und zu trifft man aber bis fingernagelgrofse Schuppen von bräunlicher Farbe; nach Ablösung der Schuppen gewöhnlich leichte Blutung. — Eine antipsoriatische, antilichenoide und antiekzematöse Therapie blieb erfolglos.

Mikroskopischer Befund: Starke Hornschichtverdickung, besonders der Follikeleingänge, geringe Verlängerung der Retezapfen, Kernretraktion in der Stachelschicht und mäfsige Rundzellendurchwanderung derselben. Papillarkörper zeigt fleckweise mäfsige Infiltration, ebenso die obere Cutisschicht.

V. Brocq (5) publizierte 1897 drei Fälle, die er Erythrodermies en plaques disseminées nannte. Erster Fall. 60jährige Frau, seit 15 Jahren an einer Hautaffektion leidend. Es entstanden kleine, zerstreute, rote Flecken, die sehr langsam gröfser wurden und konfluierten. Keine Infiltration; Plaques sind rundlich oder streifenförmig, meist gut abgrenzbar. Nur der Kopf ist intakt. Kein Jucken. Im Sommer Remission, im Winter Verschlimmerung. Feine, kleine Schuppen bedecken die Flecke und sind ohne Blutung entfernbar. Durchmesser der Plaques bis 6 cm.

Zweiter Fall. Der 13jährige Knabe leidet schon seit einigen Jahren an einem Hautausschlag, der aus roten bis bräunlichen, gut abgrenzbaren Flecken besteht, über denen die Haut etwas verdickt, lichenifiziert er-

scheint. Feine, grauweifse Schüppchen vorhanden. Im Sommer leichte Exacerbation, sonst fast Stillstand. Keine unangenehmen Sensationen.

Dritter Fall. Tuberkulös belasteter Diabetiker von 47 Jahren, der früher an Ekzem litt. Vor einem Jahre zeigten sich am Abdomen einige rote Flecke, die an Zahl bald zunahmen und leicht juckten. Jetzt ist der ganze Körper besät, nur Hände und Füfse nicht. Die Elemente haben bis 4 cm im Durchmesser, zeigen wenige, kleine Schuppen. Keine Blutung nach Kratzen, keine Infiltration der Haut. Neben den Plaques auch einige Ringformen zu sehen. Während kalter Jahreszeit Verschlimmerung der Affektion. Leichtes Jucken, besonders abends.

Die therapeutischen Erfolge waren in allen drei Fällen absolut negative. Histologisch fand man massige Infiltration des Papillarkörpers, etwas Akanthose und Parakeratose.

VI. Pinkus (6) publizierte 1898 „Einen Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem", 31jährige Patientin, seit ihrem 16. Jahre eine Dermatose zeigend, die nie Beschwerden verursachte. Spontane Erkrankung. Exacerbationen und Remissionen wechselten ziemlich lebhaft. Aufser Kopf, Unterschenkeln und Füfsen der ganze Körper befallen. Die Efflorescenzen sind bis bohnengrofs, disseminiert, intensiv rot, leicht schuppend. Nach Ablösen der Schuppen tritt eine feuchte, glänzende Fläche zu Tage, Blutung nur selten. Haut im Bereiche der Herde lichenifiziert. Therapeutische Mafsnahmen ohne jeden Erfolg.

Histologie: Strat. corn. und lucid. verbreitert, es folgt nicht immer ein Strat. granulos. und Malpighi wie in der normalen Umgebung, sondern ein Zellenkomplex, der im Zentrum am dicksten ist und sich peripherwärts verdünnt. Es entsteht so ein „scutulumähnliches" Gebilde, das am Rande ins Strat. granulos. übergeht und aus kernhaltigen Zellen besteht. Im Rete vermehrte Mitosen. Um die Gefäfse des Papillarkörpers Infiltration von polynukleären Leukocyten. Letztere durchsetzen auch die Epidermis und dringen bis ins Scutulum.

VII. Róna (7) stellte 1898 dem ungarischen dermatologischen Verein einen Fall von „Morbus Jadassohnii" vor, einen 31jährigen Mann, der an Lungentuberkulose litt und mit 26 Jahren sich luetisch infizierte. Nach Hg-Behandlung verschwanden alle luetischen Zeichen. Ein Jahr nach der Infektion entstand ein Hautausschlag, der sich rasch über den ganzen Körper ausdehnte. Kopf und Schleimhäute blieben frei. Exacerbationen und Remissionen sehr häufig. Keine Beschwerden. Im 30. Jahre unterzog sich Patient wieder einer Hg-Kur, worauf das Exanthem verschwand, doch nach einigen Monaten abermals erschien. Es waren hanfkorn- bis linsengrofse, mattrote bis bräunliche, wenig erhabene Efflorescenzen, teils mit, teils ohne Schuppen. Es fand keine histologische Untersuchung statt.

VIII. Eudlitz (8) zeigte der französischen dermatologischen Gesellschaft

1898 ein Mädchen von zwölf Jahren, das eine der Psoriasis sehr ähnliche Hauterkrankung aufwies. Der Körper zeigte eine grofse Zahl maculopapulöser Läsionen mit und ohne Schuppen. Kopf, Hände, Füfse verschont. Schuppen klein, fein, von ganz anderem Charakter als bei Psoriasis. Nach Kratzversuchen keine Blutung. Die Gröfse der Elemente variierte zwischen Stecknadelkopf- und Linsengröfse. Keine Konfluenz. Farbe heller als bei Psoriasis. Keine Beschwerden. Allgemeinbefinden nicht alteriert. Schleimhäute frei. Histologisch wurde der Fall nicht untersucht.

IX. Juliusberg (9) macht folgende Angaben über die zwei Fälle seiner „Pityriasis chronica" (1899): Erster Fall. 21jährige, gesunde Patientin bekam in ihrem siebenten Jahre unmittelbar im Anschlufs an Masern eine Dermatose, die in fast gleicher Stärke jetzt noch zu sehen ist, aber niemals unangenehme Erscheinungen veranlafste. Man sieht disseminierte, mattrote, bis linsengrofse, flache Efflorescenzen, die zumeist nur ein einziges, feines Schüppchen tragen, das im Zentrum der Läsion sitzt. Selten Blutung nach Schuppenentfernung. Auch zahlreiche Fleckchen von gleicher Gröfse sind vorhanden, zumeist ohne Schuppung, und grobe Hautfelderung zeigend. Kopf, Handteller, Füfse, Nägel intakt. Das Strichphänomen sehr deutlich vorhanden.

Von den zahlreich angewandten Mitteln hatten nur Chrysarobin und Pyrogallussäure geringen, vorübergehenden Erfolg.

Zweiter Fall. 24jähriger, gesunder Mann. Urticaria fact. sehr leicht auszulösen. Patient errötet sehr leicht und rasch. Vor einem Jahre trat spontan ein Exanthem auf, zuerst an den Armen. Jetzt ist der ganze Körper, nur der Kopf nicht, affiziert. Die Läsionen sind sehr flach, blafsrot, gut umschrieben, bis pfenniggrofs. Die gröfseren sind von reichlichen, kleienförmigen Schuppen bedeckt, die kleineren meist schuppenlos. Keine Blutung nach Ablösen der Schuppen. Kein Pigment nach Glasplessimeterdruck. Es bestand niemals Jucken, Brennen, Nässen. — Therapeutische Mafsnahmen vollständig erfolglos.

Mikroskopie: Über den Efflorescenzen lagert eine fein lamellöse Schuppe, an diese angelagert Epithelien mit gut tingierten Kernen, spärlichen Leukocyten und vereinzelten roten Blutkörperchen. Hornschicht nicht verdickt, Strat. granulos. normal. Spärliche Mitosen. Geringe Leukocytenmenge in der Stachelschicht. Keratohyalin, Protoplasma ohne Besonderheit. Infiltration um die Gefäfse, speziell des Papillarkörpers. Schweifs- und Talgdrüsen normal. Zahlreiche Mast- und Plasmazellen.

X. Jadassohn (10). Der jetzt 15jährige, gesunde Patient bekam seine Hautaffektion im zehnten Jahre ohne nachweisbare Ursache. Gesicht, Palmae, Plantae, Ellbogen, Knie frei, am übrigen Körper zahlreiche, circa linsengrofse Knötchen, die von einer in der Mitte verdickten Schuppe bedeckt sind. Nur die älteren Efflorescenzen, die blafs und

flach sind, zeigen feinlamellöse, reichlichere Schuppung. Nirgends Konfluenz der Elemente, keine follikuläre Lokalisation. Indolenter Verlauf. Therapie erfolglos.

XI. White (11). Erster Fall. Mann von 38 Jahren erkrankt regelmäfsig zur Winterszeit an einer Hautaffektion, welche während der übrigen Jahreszeit zu verschwinden pflegt. Es zeigen sich matt- bis intensivrote Plaques, linsen- bis hellergrofs, stellenweise konfluierend. Keine Infiltration. Meist feine Schüppchen über den Flecken. Der ganze Körper ohne Ausnahme ist affiziert. Meist indolenter Verlauf.

Histologie: Strat. corn. nicht verdickt, keine kernhaltigen Hornzellen zu finden, Strat. lucid. fehlt, Strat. granulos. nur schwach angedeutet. In der Stachelschicht intercelluläres Ödem. Stellenweises Fehlen der Keimschicht. Papillarkörper zeigt Rundzelleninfiltration.

Zweiter Fall. Patient von 36 Jahren, bei dem vor zwei Jahren ein Exanthem sich spontan einstellte, das abends etwas Jucken verursacht. Man sieht 2—8 cm im Durchmesser messende Flecken, mit kleinen, trockenen Schuppen belegt. Die kleineren Herde zeigen einen geringen Grad von Infiltration. Am Rumpf sind gröfsere Läsionen als an den Extremitäten.

Histologie: Hornschicht von variabler Dicke, enthält stellenweise kernhaltige Zellen. Strat. granulos. wenig distinkt, fast ohne Eleidin. Strat. lucid. fehlt, ebenso die Keimschicht, und an Stelle der letzteren findet man Lymphocyten. Zellen der Stachelschicht nur schwach tingibel. Um die Papillargefäfse Infiltration. Einige Mastzellen vorhanden, keine Plasmazellen.

XII. Török (12). Erster Fall. Gesunde Frau von 24 Jahren. Mit 20 Jahren erkrankte sie ohne vorheriges Unwohlsein an einem Ausschlage, der nur Kopf, Hände und Füfse frei liefs. Der Ausschlag besteht aus hirsekorn- bis daumennagelgrofsen, roten, unscharf begrenzten Flecken, nicht über das normale Hautniveau erhaben, mit dünnen, lose anhaftenden, ohne Blutung abtragbaren Schuppen. Aufser geringem Brennen keine Beschwerden. Erfolglose Therapie.

Zweiter Fall. Kaufmann von 22 Jahren, sonst stets gesund. Vor acht Jahren bemerkte er rote, schuppende Flecken auf seiner Haut, die sich langsam über die gesamte Körperoberfläche ausbreiteten, den Kopf frei liefsen, den Stamm weniger stark befielen als die Extremitäten. Die Herde sind nagelkopf- bis kinderhandgrofs, unregelmäfsig begrenzt, zeigen eine sehr dünne Schicht kleinlamellöser Schuppen. Keine Neigung zu Blutung. Therapeutische Mafsnahmen ohne Erfolg.

XIII. Ravogli (13). Knabe von drei Jahren zeigt an seinem Körper zerstreute, intensiv rote, scharf abgegrenzte Flecke mit mäfsiger, feiner Schuppung, die leicht zu entfernen ist, ohne dafs Blutung oder Nässen

erfolgt. Entstehung spontan. Keine Konfluenz. Keine Prädilektionsstellen.

XIV. Radcliff Crocker (14). Erster Fall. Seit 18 Monaten zeigt der jetzt 23jährige Mann eine Hautaffektion, die den ganzen Körper einnimmt. Sie ist maculo-papulös. Die Knötchen erinnern an Lichen planus, sind glänzend, etwa stecknadelkopfgroſs, intensiv rot, zumeist schuppenlos. Die Flecke sind linsengroſs, mit und ohne Schuppen. Zumeist waren die Elemente zerstreut, seltener in Gruppen angeordnet oder konfluierend. Die Papeln hinterlassen nach ihrem Verschwinden atrophische Hautstellen. Es bestand ein leichtes, nächtliches Jucken.

Zweiter Fall. Patient von 23 Jahren, seit fünf Jahren hautkrank. Die Haut zeigt kleine, mäſsig erhabene Knötchen und in Minderzahl rein makulöse Elemente. Beide Formen disseminiert, gut abzugrenzen, stark gerötet; ein Teil zeigt keine Spur von Schuppen, der andere ist mit dünnen, weiſsen Schüppchen bedeckt. Keine Neigung zu Hämorrhagien. Keine Prädilektionsorte. Beschwerdenfreier Verlauf. Bei Kälte Verschlimmerung. Therapeutisch unbeeinfluſsbar.

XV. Colcott Fox und MacLeod (15). Vor fünf Jahren begann bei dem jetzt 36jährigen Patienten die Dermatose mit einem Plaque in der Lumbalgegend, der, als er bemerkt wurde, bereits handtellergroſs war und eine dünne Schicht feiner Schüppchen zeigte. Langsam bildeten sich neue Efflorescenzen, bis schlieſslich der ganze Körper ergriffen war, mit Ausnahme des Kopfes. Neben diesen makulösen Läsionen präsentiert sich eine groſse Zahl lichenähnlicher Knötchen, zumeist ohne Schuppen. Die Elemente sind bräunlichrot, die Papeln bis linsengroſs, die Flecke erreichen stellenweise Handtellergröſse. Nach Kratzversuchen keine Hämorrhagie. Allgemeinbefinden gut. Absolut refraktäres Verhalten gegenüber der Therapie.

Histologie: Befund deckt sich mit dem von White. Nur Mastzellen werden nicht gefunden und Strat. lucid. fehlt.

XVI. Brocq (16). Erster Fall. 26jährige Frau, seit fünf Monaten spontan erkrankt an einer Eruption, die aus kleinen, flachen, roten Efflorescenzen besteht, die bis linsengroſs werden, feinlamellöse Schüppchen zeigen. Nach Kratzen auch an den scheinbar schuppenlosen Stellen feine Schüppchen. Läsionen konfluieren nirgends. Keine Blutung nach Kratzversuchen. Schleimhäute frei, Inguinal- und Cervicaldrüsen etwas geschwellt, schmerzlos. Fehlen von subjektiven Beschwerden. Da zuerst an sekundäre Lues gedacht wurde, wird Hg appliziert, was vollständig ohne Einfluſs blieb. Nach Anwendung von Pyrogallolpräparaten Heilung. Es wird nicht angegeben, ob letztere von Dauer war.

Zweiter Fall. Gesundes, 13jähriges Mädchen. Seit dem siebenten Jahre ist ihr Körper von einem rein makulösen Exanthem befallen, das nur Palmae, Plantae, Nägel, Schleimhäute frei lieſs. Pityriasis capitis.

Die Flecke erreichen bis Centimestückgröfse, sind blafsrot, rundlich, zerstreut, zeigen reichliche dünne Schüppchen. Keine Beschwerden. Therapie machtlos.

Dritter Fall. Das Exanthem zeigte sich bei dem jetzt zwölfjährigen Knaben vor vier Jahren im Anschlufs an heftigen Schreck. Körper in toto befallen, nur Rücken frei. Exanthem besteht aus flachen Knötchen, die nirgends konfluieren, bis linsengrofs, gut umschrieben sind. Nach leichtem Kratzen werden feine Schüppchen sichtbar; keine Blutung nach deren Entfernung. Beschwerdelose Affektion. Negative Heilerfolge.

Vierter Fall. An den Armen der 31jährigen Patientin zeigten sich vor fünf Monaten kleine, flache Papeln, die sich langsam über den ganzen Körper ausbreiteten. Ein Teil der Efflorescenzen glänzend, ähnlich dem Lichen planus, andere matt und mit feinen Schüppchen belegt. Gröfstenteils isolierte Anordnung, doch auch in Streifen, Ringen, Netzen. Indolenter Verlauf. Soll nach starker psychischer Emotion entstanden sein. Besserung durch Kakodylatinjektionen und Pyrogallussäure.

Fünfter Fall. 67jähriger Mann, seit mehreren Monaten hautkrank. Kleine, runde, gut konturierte, rote, leicht erhabene Efflorescenzen nehmen die Vorderfläche der Vorderarme ein, übriger Körper frei. Die meisten Elemente glänzend, schuppenlos. Nach Kratzen keine Blutung. Auf Druck sah man gelbliche Verfärbung. Ab und zu konfluierten die Läsionen. Allgemeinbefinden sehr gut. Erfolglose Therapie.

Sechster Fall. Die 36jährige Frau ist seit sieben Jahren luetisch. Vor einem Jahre bemerkte sie zufällig am rechten Fufse einen roten, schuppenden Fleck, wodurch erschreckt, sie sich einer Hg-Kur unterzog, die aber negativen Erfolg hatte, es entstanden stets neue Efflorescenzen. Man hatte den Eindruck, dafs einzelne der Plaques aus einer Anzahl sehr flacher, kleiner Papelchen zusammengesetzt seien.

Siebenter Fall. Schon seit Kindheit leidet das jetzt 20jährige Mädchen an einem nicht juckenden, blafsroten Exanthem, das besonders intensiv die Extremitäten befallen hat und aus glänzenden, kleinen, sehr wenig erhabenen, meist schuppenden Knötchen und mattroten Flecken besteht, die einzeln stehen oder konfluieren. Sehr geringe Heiltendenz.

Die histologische Untersuchung ergab: Stellenweise kernhaltige Hornzellen und Mangel des Strat. granulos,, leichte Proliferation der Stachelzellen, Keimschicht fast verschwunden. Infiltration um die dilatierten Gefäfse des Papillarkörpers, Ödem der Epidermis und oberen Cutisschicht. Verbreiterte Intercellularspalten.

XVII. Ménéau (17). Robuster Jüngling, 21 Jahre alt, erkrankte spontan im zehnten Jahre an einem Exanthem, das aufser Gesicht, Händen und Füfsen den ganzen Körper befallen hat. Streck- und Beugeseite gleichmäfsig affiziert. Es sind makulöse Efflorescenzen von rötlich-brauner Farbe,

1—6 cm im Durchmesser, meist unscharf abgegrenzt. Die Oberfläche ist rauh anzufühlen, es besteht aber keine Schuppung, auch nach Kratzen nicht. Nach Druck bleibt bräunliche Pigmentation. Indolenter Verlauf.

Eigene Beobachtung.

Herr Dozent Dr. Heuss überliefs mir freundlichst die zwei Fälle aus seiner Praxis, die ich in folgendem wiedergeben will, und die sich den obigen Beobachtungen, sowohl was das klinische und histologische Bild, als den weiteren Verlauf anbetrifft, ziemlich genau anschliefsen.

Erster Fall. 23jähriger, kräftiger Elektrotechniker, ohne hereditäre Belastung oder konstitutionelle Abnormitäten. Als Kind Masern durchgemacht, niemals hautkrank. Im sechsten Jahre entdeckte er zufällig an beiden Oberarmen eine Anzahl von maculo-papulösen Efflorescenzen, diese wurden aber, da sie keine Beschwerden verursachten, nicht weiter beachtet. Mit 19 Jahren, als sich das Exanthem fast über den ganzen Körper ausgebreitet, kam Patient in die Behandlung von Herrn Dr. Heuss, der den Fall zuerst für eine atypische Psoriasis ansah und demgemäfs auch mit Teer-, Chrysarobin-, Pyrogallussäurepräparaten behandelte. Erfolg nur vorübergehend: ein Teil der Elemente schwand, andere blieben stationär, wieder andere traten neu auf. Den besten Erfolg zeitigte Arsenik in hohen Dosen, teils per os, teils in Injektionen; Patient ertrug Tagesdosen von 0,05—0,1 Acid. arsenic. monatelang ohne Arsenerscheinungen. Während dieser Zeit zeigte die Krankheit Remissionen bis zu fast vollständigem Verschwinden, doch mit Aussetzen der As-Medikation traten Rezidive auf. Patient ging später in die Behandlung von Herrn Dr. Unna über; trotz mehrmonatlicher Behandlung auch hier ohne jeden nachhaltigen Erfolg. Nie hat das Exanthem unangenehme subjektive Erscheinungen verursacht.

Die Familienanamnese bietet nichts Besonderes.

Status praesens: Blühend aussehender Mann von sehr gut entwickelter Muskulatur, kräftigem Knochenbau. Keine Drüsenschwellungen. Die ganze Körperoberfläche, mit Ausnahme des Capillitiums, der Achselhöhlen, Interscapulargegend, Kniekehlen, Genitalien und Plantae, die vollständig intakt, ist mehr oder weniger stark besetzt mit den weiter unten zu beschreibenden Efflorescenzen. Am intensivsten befallen sind die Extremitäten, zumal die oberen, dann Lenden- und Kreuzbeingegend, etwas weniger Brust, Bauch, Rücken, Dorsum von Händen und Füfsen, doch sind auch Hals, Gesicht und Palmae, wenn auch spärlich, ergriffen. Die einzelnen Efflorescenzen zeigen teils makulösen, teils papulösen Charakter mit Übergangsformen, stehen bald isoliert (Gesicht, Hals), bald dichter (Rumpf, Extremitäten), stellenweise gruppiert, Streifen, Ringform andeutend (Unterarm, Unterschenkel), am rechten Oberarm konfluieren sie zu einem handtellergrofsen Plaque.

Die Papeln, am reichlichsten an den Unterarmen und Unterschenkeln, zeichnen sich durch ihre lebhafte und gleichmäfsige rote Färbung (der an den Unterschenkeln eine Spur von Blau beigemischt ist), einen leichten Glanz aus, sind stecknadelkopf- bis linsengrofs, nur wenig erhaben, zeigen keine Beziehung zu Haarfollikeln oder Poren, sind leicht resistent. Schuppung ist nicht zu erkennen, erst auf Kratzen läfst sich an den gröfseren Knötchen die obere Hornschichtlage in Form eines dünnen, gleichmäfsig dicken Schüppchens abheben. Auf Plessimeterdruck bleibt (wie auch an den Flecken) keine Verfärbung zurück.

Die Flecke sind durchschnittlich etwas gröfser, blafsrot, rundlich, ziemlich gut begrenzt, stellenweise konfluierend, zumeist mit einer gleichmäfsig in toto deckenden, dünnen, trockenen Schuppe; die Minderzahl zeigt feine, kleienförmige Schuppung. Zumeist läfst sich auch an den anscheinend schuppenfreien Flecken durch mäfsiges Kratzen Schuppung erzeugen, worauf eine blafsrote, nicht oder nur selten kapilläre Blutung zeigende, leicht glänzende Oberfläche zum Vorschein kommt.

An manchen Stellen, zumal den Unterarmen, ist auch die Rötung mehr oder weniger vollständig verschwunden; die Läsionen werden nur noch durch mäfsig festhaftende, gleichmäfsig dünne Schuppen angedeutet. — An der Streckseite des rechten Oberarmes sind die Flecke zu einem handtellergrofsen, blafsroten, gegen die Umgebung nicht scharf abgegrenzten Plaque zusammengeflossen, der mäfsig feine Schuppung und grobgefelderte Unterlage aufweist. In den Handtellern einige vereinzelte, flach eingesunkene, blafsrote, linsengrofse Fleckchen, die von einem feinen Hornsaum umgeben sind.

Nirgends Nässen, Narben, atrophische Stellen, Pigmentation etc. Der Prozefs beginnt zumeist als rote, trockene, flache Papel, die in der Folge blasser und flacher wird und ein makulöses Aussehen bekommt, doch treten auch kleine Fleckchen auf, die gröfser werden und verschwinden, ohne dafs sie zum Knötchen geworden. Die Läsion endigt als Schuppenfläche ohne Rötung mit vollständiger restitutio ad integrum.

Schleimhäute intakt. Kein Jucken oder sonstige Beschwerden. Bemerkenswert ist die erhöhte vasomotorische Erregbarkeit der Haut; schon nach leichtem Kratzen entstehen (auch auf der gesunden Haut) deutliche Urticariaquaddeln; die an den erkrankten Stellen durch Reibung erzeugte Hyperämie hält ziemlich lange an.

Innere Organe intakt, Urin normal.

Allgemeinbefinden sehr gut. Torpider Verlauf der Affektion, nur während warmer Jahreszeit leichte Remission.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurde auf der Streckseite des rechten Oberarmes ein Hautstück, bestehend aus einer circa linsengrofsen, blafsroten, makulösen, leicht schuppenden Efflorescenz, ohne Lokal-

anästhesie exzidiert, in Alkohol von steigender Konzentration fixiert und gehärtet, in Celloidin eingebettet und in Schnitte von 10—15 Mikra zerlegt. Gefärbt wurde zur Erhaltung von Übersichtsbildern mit polychromem Methylenblau, Hämatoxylin-Eosin, VAN GIESON; ferner auf Mikroorganismen, Mitosen, Kollagen, Kollacin, Kollastin, Elacin, Elastin, Mucin, Fibrin, Spongioplasma, Granoplasma, Mastzellen, Plasmazellen, Eleidin.

Die mikroskopische Untersuchung ergab: Die Hornschicht in toto mäfsig verdickt, am deutlichsten an den Follikeln, die durch sie trichterförmig ausgefüllt sind. Oben in lockere Lamellen gespalten, nach unten kompakter, zeigt die Hornschicht vielerorts noch wohlerhaltene, schmale Zellkerne, oft auch, zumal in den Spalten zwischen den einzelnen Hornlamellen, Leukocyten oder deren Kerntrümmer. Strat. lucid. und Körnerschicht fehlt unter der kernhaltigen Hornschicht; an anderen Stellen, speziell auch in den Haarfollikeln, sind beide Schichten unter der das Bild einer reinen Hyperkeratose zeigenden Hornschicht sehr gut ausgebildet. Die Stachelschicht ist leicht verbreitert durch intra- und intercelluläres Ödem. Mitosen sind auch in der oberen Stachelschicht, wenn auch sehr spärlich, vorhanden. Das Rete zeigt sehr mäfsige Leukocytendurchwanderung, die bis ins Strat. corn. verfolgbar ist. Wo diese Infiltration der Stachelschicht dichter ist, fand ich schwächere Färbbarkeit des Protoplasmas der Stachelzellen, die Zellkonturen verschwommen. Die Grenze zwischen Epidermis und Cutis ist überall gut sichtbar. Papillen verbreitert, Papillarkörper und obere Cutisschicht zeigt rundliche und streifenförmige Zellansammlungen in sehr mäfsiger Intensität und insbesondere dem Gefäfsverlaufe folgend. Gefäfse der Papillarschicht dilatiert, ebenso die Lymphspalten. Nirgends Pigment. Das Infiltrat wird von Zellen gebildet, die teils schwache, teils gute Tinktion zeigen, man sieht mononukleäre, polynukleäre, kleinkernige und grofskernige Zellen. Auch Mastzellen sind vorhanden. In der oberen Cutis- und Papillarschicht sind die elastischen Fasern dünn, gestreckt, an Zahl vielleicht vermindert, im unteren Teile normal. Durch die Wasserblau-Tannin-Saffraninmethode konnte ich einzelne feine Elacinbündel, die sich durch ihre rote Farbe deutlich vom blauen Untergrund abhoben, nachweisen; ebenso gab eine Kontrollfärbung mit polychromem Methylenblau-Säurefuchsin-Tannin ein positives Resultat. Kollastin, Kollacin konnte nicht nachgewiesen werden. Cutis zeigt nichts Abnormes.

Leider waren die Schnitte so oberflächlich, dafs man die tiefen Cutispartien nicht untersuchen konnte, doch dürfen diese wahrscheinlich normal sein, da die mittleren, noch sichtbaren Schichten keine Veränderung zeigten.

Zweiter Fall. Gesunder, kräftiger Zahnarzt von 27 Jahren. Als Kind Masern und Diphtherie durchgemacht, sonst stets gesund. Familienanamnese ergibt nichts Abnormes, besonders keine Hautkrankheiten oder Tuberkulose. Im 24. Jahre bemerkte Patient zufällig auf der Brust einige

rote, stecknadelkopfgroſse, flache, schuppenlose Efflorescenzen und daneben einige circa linsengroſse, mattrote, leicht schuppende Fleckchen; öfteres Kontrollieren derselben überzeugte ihn, daſs dieselben an Zahl und Gröſse langsam zunahmen. Allmählich wurde der ganze Körper befallen, mit Ausnahme des Kopfes. Keinerlei subjektive Beschwerden. Während der warmen Jahreszeit exacerbiert das Leiden, doch sind auch zu anderen Zeiten neben spontanen Remissionen Exacerbationen ziemlich häufig. Therapie erfolglos.

Status praesens: Kopf, Hals, Achselhöhlen, Interscapulargegend, Kniekehlen, Genitalien, Plantae frei. Hände, Brust, Bauch, Lendengegend mäſsig, Extremitäten und Rücken reichlich befallen von einem Exanthem, das aus papulösen und makulösen Elementen besteht. Eine auch nur andeutungsweise Anordnung von Gruppen, Kreisform, wie im ersten Falle, konnte nirgends konstatiert werden, die Efflorescenzen zeigen nirgends Neigung zu Konfluenz. Die ziemlich lebhaft roten Knötchen, die weitaus vorherrschen, sind bis linsengroſs, rundlich, leicht gewölbt, etwas glänzend; die mäſsig verdickte Hornschicht läſst sich schon durch ziemlich leichtes Kratzen von der etwas feucht glänzenden, hier und da leicht blutenden Unterlage in Form eines gleichmäſsig dünnen Häutchens abziehen. Die älteren, mehr makulösen Efflorescenzen zeigen ausgesprochen feine, trockene Schuppung, welche gleichmäſsig den ganzen Fleck überzieht. Die Knötchen zeigen deutliche Resistenz, auf Glasdruck etwas gelbliche Verfärbung. In den abhängigen Körperteilen ist die Farbe der Efflorescenzen eine bläulich-bräunlichrote. Nach Abheilen keine Atrophie, Narbe, Pigment. Längere Zeit hindurch bleibt aber an der Stelle der abgeheilten Läsion eine trockene, dünne Schuppe zurück.

Schleimhäute und Nägel intakt, keine Drüsenschwellung, Allgemeinbefinden vorzüglich. Ausgesprochene Urticaria factitia, sonstige nervöse Erscheinungen fehlen. Innere Organe zeigen nichts Abnormes, Urin ohne pathologische Bestandteile.

Mikroskopische Untersuchung: An der Streckseite des rechten Oberarmes wurde ein stecknadelkopfgroſses, flaches, fein schuppendes Knötchen ohne Lokalanästhesie exzidiert. Die färbetechnische Behandlung wie beim ersten Falle. Der Befund war demjenigen des ersten Falles ähnlich, doch ausgesprochener. Entsprechend der makroskopisch stärkeren Schuppenbildung war die Lamellenbildung der verdickten Hornschicht intensiver, deren Kerne noch zahlreicher erhalten, die Körnerschicht dagegen fehlend oder sehr mangelhaft. Sehr deutliches inter- und intracelluläres Ödem des Rete. Leukocyten in den Saftspalten bis in die Hornschicht verfolgbar. Infiltration der Papillarschicht stärker als im ersten Falle. Papillen breit, platt, ödematös. Elacinbündel hier etwas zahlreicher als bei vorhergehendem Patienten, übriger Befund gleich.

Epikrise. Beide Fälle zeigen bis auf einige morphologische Differenzen einen ziemlich übereinstimmenden Befund. Übereinstimmend ist bei beiden Patienten: es sind junge, gesunde Männer, ohne hereditäre Belastung, konstitut. Abnormitäten, spontan erkrankt. Keinerlei subjektive Beschwerden durch die Dermatose, spez. kein Jucken. Urticaria factitia. Sehr chronischer Verlauf. Erfolglosigkeit der Therapie. Ziemlich gleiche Lokalisation der Efflorescenzen. In beiden Fällen makulöse und papulöse Elemente von psoriasis-lichen-ähnlichem Aussehen, mit und ohne Schuppung, nach deren Entfernung nur ausnahmsweise Blutung auftritt. Die Knötchen überschreiten nicht Linsengröfse, die Flecke sind durchschnittlich gröfser. Nach Abheilung keine weiteren Residuen. Keine spezielle Bevorzugung irgend eines Körperteiles, Streck- und Beugeseiten fast gleich stark befallen. Schleimhäute intakt. Capillitium frei. Die mikroskopische Untersuchung zeigt einen nahezu gleichlautenden Befund, weist nur graduelle Verschiedenheiten auf, bei Patient 2 waren Entzündung, Para-Hyperkerathose und Akanthose ausgesprochener.

Was die morphologischen Differenzen betrifft, ist zu erwähnen: im ersten Fall sind die Efflorescenzen stellenweise zu Gruppen, Ringen, Streifen, zumal die Flecke, geordnet, so dafs diese Partien ein buntes, marmoriertes Aussehen erhalten (speziell Unterarme). Die Läsionen konfluieren stellenweise zu grofsen Plaques, am rechten Oberarme befindet sich einer von circa Handtellergröfse. Beim zweiten Fall sind die Efflorescenzen, die zumeist aus Knötchen bestehend, disseminiert, nirgends Konfluenz.

Bei dem Mangel positiver Pathognomonia hat es eigentlich nichts Auffallendes, dafs der Rahmen unserer Krankheit in ziemlich weiten Grenzen schwankt, dafs die einzelnen zur allgemeinen Kenntnis gebrachten Fälle in manchen Punkten ein auf den ersten Blick ziemlich stark abweichendes Bild aufweisen. So zeigt besonders das klinische Bild Differenzen, die von manchem Autor als gewichtig genug erachtet werden, um strenge Scheidung zu vollziehen, nicht nur um verschiedene Typen einer und derselben Krankheit, sondern überhaupt ganz differente, von einander unabhängige Krankheiten sui generis aufzustellen. So geben sowohl die elementare Form der einzelnen Efflorescenzen, als ihr gegenseitiges Verhältnis zu einander, ihre Anordnung, Anlafs zur Trennung; rein makulöse Form (Török) neben rein papulöser (Jadassohn), Fälle mit isolierten, disseminiert stehenden Efflorescenzen (Jadassohn) neben Fällen, wo die Läsionen mehr in Gruppen, Kreisform, Ringen (Unna) stehen, bilden so ziemlich die Extreme.

Und doch finden wir gerade hier mannigfache Übergänge, „Mischfälle“ von papulo-makulösem Habitus, Übergangsfälle, wo die Efflorescenzen

teils isoliert, teils in Gruppen stehen (UNNA). Daneben kann man auch sehr hübsch beobachten, wie aus einer Papel durch centrifugales Abflachen eine makulo-papulöse und rein makulöse Efflorescenz wird (JADASSOHN, wir).

Aber abgesehen von diesen Übergängen zeigt die Beobachtung, dafs auch die per adspectum anscheinend ganz differenten Fälle doch eine Reihe Momente aufweisen, wodurch sie näher rücken. Wenn wir unsere Kasuistik vergleichend nach gemeinsamen Punkten durchmustern, so wird in seltener Monotonie berichtet: über spontanes Auftreten (die seltenen Fälle, wo Entstehen im Anschlufs an gewisse Krankheiten berichtet wird, beruhen — wie ich noch ausführen werde — auf zufälligem Zusammentreffen), auffallend chronischen Verlauf, geringer oder fehlender Heilungstendenz, vollständiges Fehlen von subjektiven Beschwerden, ferner im klinischen Bilde wird das „Psoriasis“ und „Lichen“-ähnliche betont, bei Fehlen von starker Schuppung und papillärer Blutung auf Kratzen, der Mangel von Prädilektionsstellen, das Intaktsein der Schleimhäute, des Capillitiums.

Neben den morphologisch-klinischen Gründen bestimmt mich aber auch der histologische Befund, an der Unität dieses Krankheitsbildes festzuhalten. Wie eine vergleichende Übersicht der verschiedenen mikroskopischen Befunde ergibt, liegt, trotz der klinisch anscheinend oft ziemlich weitgehenden Differenzen, ein in seinen Hauptpunkten ziemlich einheitliches mikroskopisches Bild vor, das fast einzig nur quantitativ einige Differenzen aufweist: sehr geringe Grade von Hyper- und Parakeratose, hier und da eine schwache Akanthose, mehr oder weniger ausgesprochene entzündliche Erscheinungen in den oberen Cutispartien, spärliche Leukocytendurchwanderung des Rete. Überhaupt bietet die Parapsoriasis im mikroskopischen Bilde so wenig Charakteristisches, dafs ich mir nicht erlauben möchte, auf Grund der mikroskopischen Untersuchung eine Diagnose zu stellen.

Ich möchte daher auf Grund obiger Erörterungen eine Trennung unseres Krankheitsbildes in verschiedene Krankheiten nicht für begründet erachten, sondern im Sinne TÖRÖKS dasselbe als eine einzige Krankheit sui generis ansprechen. Es handelt sich eben um eine Krankheit mit polymorphem Habitus (ähnlich z. B. der Dermatitis herpetiformis), wo klinisch bald der eine Typus, bald ein anderer vorwaltet, die aber auch gemischt vorkommen können. Die morphologische Beschaffenheit der einzelnen Efflorescenzen, ob sie z. B. mehr oder weniger schuppend, ob mehr oder weniger gelblich nuanciert oder nicht, ob mehr fleckig oder knötchenförmig, die Anordnung der Efflorescenzen, ferner ob die Affektion ein mehr oder weniger rasches Auftreten und chronischen Verlauf zeigt, ob sie therapeutisch etwas weniger oder gar nicht beeinflufsbar (geheilt wurde ja

doch noch kein Fall), alles dies sind Momente von sehr relativem Wert, die wir wohl zu einer Einteilung in Krankheitstypen, aber nicht zur Abspaltung in selbständige Krankheitsformen benutzen können. Wovon diese klinisch-morphologischen Differenzen abhängen, wissen wir nicht; vielleicht von individueller Disposition, dem verschiedenen Reaktionsmodus des einzelnen Individuums, der natürlich trotz ein und derselben Ursachen doch eine andere Reaktion bedingt (ähnlich z. B. den Arzneidermatosen), oder von quantitativen Differenzen des „Krankheitskeimes", vielleicht von beiden zusammen, wir wissen es nicht.

Immerhin können wir schon aus klinisch-didaktischen Gründen sehr wohl drei verschiedene Formen, d. h. Typen der Parapsoriasis, unterscheiden, je nachdem papulöse oder makulöse Elemente vorherrschen, oder beide gleichmäßig vermischt vorkommen. Wir kämen somit zu folgendem Schema:

Parapsoriasis

1. Parapsoriasis nodularis — 2. Parapsoriasis maculosa — 3. Parapsoriasis mixta.

Zu 1. wären zu zählen die Fälle von: Jadassohn, Neisser, Juliusberg, Pinkus, Róna, Unna-Pollitzer, Crockers zweiter Fall, Brocqs dritter, vierter und fünfter Fall, unser zweiter Fall.

Zu 2.: Brocqs drei Fälle von Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées, White,[1] Török, Ravogli, Méneau, ferner aus Brocqs zweiter Publikation der erste, zweite und sechste Fall.

Zu 3.: Unna-Santi, Eudlitz, Crockers erster Fall, Brocqs siebenter Fall, Colcott Fox, unser erster Fall.

Diese Einteilung wäre etwas natürlicher als diejenige von Brocq, der 1. Parapsoriasis en gouttes, 2. en plagues und 3. lichenoide unterscheidet, er gibt aber selbst zu, daß es noch Fälle gibt, die in keine seiner Gruppen einzureihen sind. Für diese müßten also wieder neue Namen ersonnen werden.

Ich schließe mich der Meinung Töröks vollständig an, daß durch die Ausschaltung eines Falles wegen morphologischer Differenzen es „zur Unterscheidung von fast ebensovielen Krankheitsformen führt, als Fälle zur Beobachtung kommen".

Faßt man alle diese morphologischen Variationen als eine Krankheit auf, so verliert sich alles Komplizierende, die ganze Pathogenese wird vereinfacht, und es entsteht nicht auf einmal eine ganze Anzahl neuer Dermatosen, die kaum von einander zu unterscheiden wären.

[1] Erster Fall ist etwas zweifelhaft.

Nur einige Worte über das an und für sich ja unfruchtbare, in diesem speziellen Falle aber interessante Kapitel der Namengebung. Wir haben schon gesehen, dafs die Parapsoriasis fast ebensoviele Namen als Beobachter zählt. Um alle die morphologischen Varianten in eine Krankheit zu fassen, ist es notwendig, der Dermatose einen Namen zu geben, der eben allen Formen derselben entspricht. Meiner Meinung nach ist dies am ehesten getan durch die von BROCQ gewählte Bezeichnung „Parapsoriasis", sie charakterisiert das Krankheitsbild am treffendsten. Die meisten Autoren sind darüber einig, dafs unsere Affektion der Psoriasis ähnlich ist, psoriasiform. BROCQ findet dies speziell von seinen Erythrodermies, JADASSOHN, der morphologisch ganz differente Fälle gegenüber BROCQs Erythrodermies bringt, betont ebenfalls das Psoriasiforme der Krankheit (Dermatitis psoriasiformis nodularis), es bieten also beide Dermatosen, trotz ihrer morphologischen Unterschiede, ein so ähnliches Bild, dafs sie auf den ersten Blick mit einer und derselben Krankheit — der Psoriasis vulgaris — verglichen werden können. Ebenso ist es bei den meisten übrigen Fällen. Mit dem Ausdrucke „Para" werden nun nicht nur rein lokal benachbarte, sondern auch klinisch einander naheliegende, ähnliche Affektionen bezeichnet; der Name „Parapsoriasis" bringt die der Psoriasis vulgaris klinisch und histologisch (vielleicht auch ätiologisch) nahe Verwandschaft unserer Affektion sehr prägnant zum Ausdruck, also eine der Psoriasis sehr nahestehende Affektion. Es ist wohl kaum zu befürchten, dafs durch diese Benennung unsere Dermatose in ätiologische Beziehung zur Psoriasis gebracht werden könnte, ähnlich wie FOURNIER die Parasyphilis in Beziehung zur Syphilis bringt, was etwas Verwirrung angestiftet hat, indem das „Para" im bisherigen Sinne niemals ätiologisch unbedingt eine Rolle spielte; so z. B. kann eine Parametritis ganz unabhängig von Uteruserkrankungen entstehen, ebenso wie eine Paranephritis oder Paratyphlitis nicht immer von der Niere resp. vom Blinddarme ihren Ausgang nehmen mufs. Von den übrigen vorgeschlagenen Namen wäre „Pityriasis lichenoides chronica" von JULIUSBERG zu nennen. Diese Bezeichnung ist unserer Meinung bei weitem nicht so zutreffend wie „Parapsoriasis", denn die „kleienförmige Schuppung" ist bei dieser Affektion weder klinisch noch histologisch ein so in den Vordergrund tretendes Symptom, um die Wahl dieses damit bezeichnenden Gattungsnamens zu rechtfertigen.

Was UNNAS Bezeichnung „Parakeratosis variegata" betrifft, so ist gerade bei unserer Affektion die Parakeratose nicht sehr stark ausgesprochen, und ist bei einer ganzen Anzahl anderer Hautaffektionen (Ekzem, Psoriasis, gewissen Ichthyosisformen) viel konstanter und ausgeprägter. Die Bezeichnung „Lichen variegatus" von CROCKER ist deshalb unzutreffend, weil wir unter Lichen ein ganz anderes, klinisch scharf

begrenztes, nur durch charakteristische Knötchen sich auszeichnendes Krankheitsbild verstehen.

So erscheint uns der Brocqsche Name „Parapsoriasis", abgesehen von seiner Kürze, als am wenigsten präjudizierend und doch das Krankheitsbild ziemlich genau charakterisierend, als am zweckmäfsigsten.

Abgrenzung der Parapsoriasis.

Die Parapsoriasis bildet eine klinische Einheit; sie zeichnet sich durch eine gewisse Polymorphie der Efflorescenzen aus, indem dieselben in Form von Flecken, Knötchen und deren Übergangsformen auftreten; gewöhnlich prävaliert die eine oder die andere Form, Fälle mit bloſs einerlei Läsionen sind seltener. Die meist leicht schuppenden Flecke sind gewöhnlich linsen- bis talergroſs; durch Konfluenz erreichen sie aber zuweilen Handtellergröfse und darüber, sind blafs-, intensiv- oder bläulichrot von rundlicher oder unregelmäfsiger Form, zumeist ziemlich gut begrenzt. Die disseminierte Anordnung ist die häufigere, bei Konfluenz bilden sie Netze, Streifen, Ringe, gröfsere Plaques. Die Schuppen sind zumeist in mäfsiger Zahl, feinlamellös, trocken, weiss, stecknadelkopf- bis kleinlinsengroſs, die Efflorescenz gleichmäfsig deckend, ohne Bevorzugung des Zentrums oder der Peripherie; seltener besteht nur eine Schuppe, die dann so groſs ist, wie die Läsion selbst, oder aber kleiner und dann zentral sitzt (Fall Neisser, Juliusberg). Meist besteht gleichmäfsige Dicke der Schuppen; allein Jadassohns Fall zeigt zentrale Verdickung. Nach Abtragung der Schuppe, die ziemlich leicht erfolgt, keine oder nur geringe Blutung, niemals Nässen, oft zeigt sich eine glänzende, rosige Fläche. An der Unterfläche der Schuppen keine Hornzäpfchen. Nach Verdrängung der Röte bleibt keine Verfärbung zurück. Die Flecke zeigen ein gleichmäfsig rotes Kolorit, man findet kein helleres oder gelblich verfärbtes Zentrum.

Die Knötchen sind flach, blafs- bis dunkelrot, ziemlich weich, zumeist isoliert, seltener in Gruppen, Streifen, Ringe zusammentretend. Ihre Gröfse variiert zwischen Stecknadelkopf und Linse; gewöhnlich zeigen sie Schuppen, die ganz analoge Verhältnisse darbieten, wie bei den Flecken, nur kommt eine einzige Schuppe hier öfter vor, ebenso eine centrale Verdickung. Die schuppenlosen Papeln sind intensiv rot, oft wachsartig glänzend, so dafs gewisse Ähnlichkeit mit Lichenknötchen besteht. Beziehungen zu den Haar- oder Talgfollikeln sind nicht nachweisbar. Nirgends sind Bläschen, Pusteln, Borken, Rhagaden, Narben, atrophische Hautstellen, Pigmentation zu konstatieren.

Die Efflorescenzen entstehen nach Unna in der Weise, dafs anfänglich ganz flache, rote Läsionen sichtbar sind, die dann allmählich erhabener werden; nach Jadassohn sowie Juliusberg entsteht zuerst ein rotes Knötchen, das sich langsam zu einem Fleck abflacht. Auch bei un-

seren zwei Patienten machte ein Teil der Efflorescenzen die Metamorphose vom Knötchen zum Fleck durch, ein anderer aber begann als Fleck und blieb als solcher die ganze Beobachtungszeit hindurch.

Der Verlauf ist ein eminent chronischer. Oft zeigt sich jahrelang dasselbe monotone Bild, anderseits kommen Spontanremissionen und Exacerbationen nicht ganz selten vor. Von einigem Einfluſs scheinen Temperaturschwankungen zu sein, doch sind die Angaben darüber verschieden, in einem Falle verursacht ein schroffer Temperaturwechsel Remission, im anderen Exacerbation.

Betreffs Lokalisation hat die Parapsoriasis keine Prädilektionsstellen, Streck- und Beugeseiten sind meist ziemlich gleich stark befallen. Der behaarte Kopf bleibt stets intakt, das Gesicht treffen wir selten befallen; ziemlich selten sind affiziert: Handteller, Achselhöhlen, Kniekehlen, Genitalien. In unseren und JULIUSBERGs beiden Fällen waren auch die Interscapularräume verschont. Schleimhäute und Nägel finden sich niemals erkrankt.

Subjektive Beschwerden sind selten und stets geringfügiger Natur (leichtes Jucken). Die Dermatose kann wohl durch ihre Lokalisation kosmetisch unangenehm empfunden werden (Gesicht, Hände), sonst aber belästigt sie ihren Träger fast gar nicht; Schmerzen oder Brennen wurde niemals empfunden, Temperatursteigerungen nie beobachtet, im Urin keine abnormen Bestandteile, niemals verursacht die Affektion Drüsenschwellungen. Wir finden überall die Angabe, daſs das Allgemeinbefinden gar nicht alteriert wird.

Gegen therapeutische Eingriffe zeigt sich die Affektion ungemein hartnäckig. UNNA-SANTI berichten zwar über Heilung bei ihrem Patienten nach Anwendung von Chrysarobin und Pyrogallol, es ist aber fraglich, ob die Heilung von Dauer war. Die meisten Autoren hatten entweder gar keinen oder nur vorübergehenden therapeutischen Erfolg. Bei UNNA-POLLITZERS Patient trat Remission, aber keine Heilung nach Chrysarobinbehandlung auf. JADASSOHN und JULIUSBERG sahen temporäre Besserung nach Chrysarobin- und Pyrogallussäureanwendung. NEISSER beobachtete Remission nach Darreichung von Jodkalium, Teerpräparaten, Vleminxbädern. Auch bei unseren beiden Patienten zeigten sich vorübergehende Erfolge durch Chysarobin, Pyrogallospräparate, Teer und Arsenik; besonders das letztere, solange es in hohen Dosen genommen, hielt das Exanthem im ersten Falle sehr schön zurück. Bei den übrigen Fällen gänzliche therapeuthische Machtlosigkeit.

Prognose. Die Krankheit ist, wie aus obigem hervorgeht, quoad vitam vollständig ungefährlich und belästigt nur durch ihre ungemeine Chronicität. Sie tritt mit Vorliebe bei jungen, kräftigen Leuten auf und dauert, wie es scheint, gewöhnlich das ganze Leben hindurch. Eine

Übertragung ist niemals konstatiert worden. Eine Dauerheilung wurde bis jetzt nicht erzielt.

Was das Alter betrifft, sehen wir, dass die Dermatose jugendliche Individuen bevorzugt; die meisten Erkrankungen erfolgen im zweiten Dezennium. Von 32 Fällen waren blofs sechs nach dem 30. Jahre erkrankt. Der jüngste Patient zählte drei, der älteste 67 Jahre.

In Bezug auf das Geschlecht ist hervorzuheben, dafs von 32 Patienten 21 männliche und elf weibliche Kranke waren, dafs also die Parapsoriasis das männliche Geschlecht zu bevorzugen scheint.

Histologisches.

Der Krankheitsprozefs ist auf die Epidermis und obere Cutisschicht beschränkt und besteht aus mäfsigen Entzündungserscheinungen, leichter Akanthose, Para- und Hyperkeratose.

Die Hornschicht ist verbreitert (ausgenommen Fall Juliusberg) und besteht in den oberen Partien aus lockeren, in den unteren aus dichter aneinander gefügten Hornlamellen. Stellenweise kernhaltige Hornzellen, deren Kerne sind gut tingibel, langgestreckt, schmal. Zwischen und in diesen Zellen einzelne Leukocyten oder oft nur deren Kerntrümmer (Juliusberg fand auch rote Blutkörperchen). Unterhalb der kernhaltigen Hornzellen fehlt das Strat. granulos. ganz, oder man findet blofs einzelne Keratohyalinzellen.

Aufser dieser ziemlich mäfsigen Parakeratose besteht Hyperkeratose, besonders deutlich in den Follikeleinbuchtungen, die von kernloser Hornsubstanz ganz ausgefüllt sind. In den hyperkeratotischen Partien ist das Strat. lucid. gut sichtbar, während es in den parakeratotischen fehlt. Strat. granulos. ist unter der kernlosen Hornschicht normal, stellenweise etwas verbreitert. Die Stachelschicht ist durch intra- und intercelluläres Ödem breiter als normal, die Retezapfen mäfsig verlängert und dicker, die Zellen aufgequollen, grofs, Kernhöhlen erweitert. Es ist eine sehr mäfsige Infiltration der Stachelschicht vorhanden, nur selten findet man dichtere Haufen von Leukocyten, in deren Umgebung dann die Stachelzellen degenerative Prozesse zeigen: Aufhellung des Protoplasmas, undeutliche Zellkonturen, Quellung, vakuoläre Degeneration. Mitosen in den oberen Lagen sind nur spärlich gefunden worden. Die Grenze zwischen Epidermis und Cutis deutlich.

Der Papillarkörper breit, ödematös, zeigt Zellinfiltration, teils in Haufen, teils in Streifenform, besonders um die dilatierten Papillargefäfse. Man findet Lymphocyten, Leukocyten, Übergangsformen, Bindegewebszellen, spärliche Mastzellen. Nirgends Pigment. Das elastische Gewebe ist in der oberen Cutislage gestreckt, verdünnt, auseinandergedrängt durch Ödem, in der unteren Cutis normaler Befund. Von degenerativen Er-

scheinungen im Bindegewebe, an die bei der Chronicität des Prozesses zu denken ist, fanden wir einzelne Elacinbündelchen, finden jedoch in der Literatur keine diesbezüglichen Angaben. Kein Kollacin und Kollastin nachweisbar. Knäueldrüsen, Follikel, Muskel, Fettgewebe normal. Mikroorganismen konnten nicht gefunden werden.

Die Ätiologie ist noch vollkommen dunkel. Die Affektion trat in den meisten Fällen spontan auf. Von 32 Patienten trat bei 25 die Affektion ohne jede nachweisbare Ursache auf, während bei sieben die Eruptionen im Anschlusse an eine Krankheit oder psychische Alteration erfolgt sein sollen. Luetisch infiziert waren drei Patienten (Fall JADASSOHN, RÓNA, BROCQ). Tuberkulös (+ Diabetes) war ein Fall von BROCQ; nach heftigen psychischen Emotionen zeigte sich die Dermatose bei zwei Patienten BROCQS, und JULIUSBERG berichtet über einen Fall, wo Masern unmittelbar vorausgingen. Es ist aber sehr zweifelhaft, ob ein kausaler Zusammenhang zwischen Parapsoriasis und den genannten Affektionen bestanden hat. Bei der grofsen Zahl von Luetikern, Tuberkulösen, Masernkranken müfste ein weit häufigeres Vorkommen der Dermatose stattfinden. Übrigens, was speziell die Lues betrifft, entstand die Hautaffektion lange Zeit nach erfolgter luetischer Infektion (bei JADASSOHNS Fall fünf, bei BROCQS Patient sechs Jahre darnach), und Hg blieb in diesen zwei Fällen ohne jeden Erfolg, nur RÓNAS Kranker wies vorübergehenden, günstigen Einfluſs von Hg-Behandlung auf. Es wird sich wahrscheinlich in allen sieben Fällen um ein zufälliges Zusammentreffen der Dermatose und den genannten Momenten handeln.

COLCOTT FOX und MACLEOD sind der Ansicht, es handle sich bei unserer Dermatose um eine Vasomotorenneurose, die Art der Entzündungserscheinungen und besonders das refraktäre Verhalten der Therapie gegenüber sprächen mehr dafür, als für eine parasitäre Ursache. In der Tat finden wir in der Literatur einige Anhaltspunkte für diese Hypothese: leichte Erregbarkeit der Vasomotoren wird mehrfach angegeben, sich äufsernd in sehr leicht auslösbarer und längere Zeit hindurch bestehen bleibender Urticaria factitia, schnellem Erröten, sehr leichter, gemütlicher Erregbarkeit. Auch die Neigung der Parapsoriasis zu symmetrischer Ausbreitung kann zu Gunsten einer neurotischen Genese verwertet werden.

Anderseits ist aber die Annahme eines parasitären Ursprungs der Parapsoriasis, wofür speziell UNNA plädiert, nicht aufser acht zu lassen. Neben der klinischen, oft bis zur Verwechslung grofsen Ähnlichkeit mit Psoriasis, deren parasitäre Genese zwar noch nicht nachgewiesen, aber immer wahrscheinlicher wird, dann mit gewissen Formen von Ekzema seborrh., Trichophytie, lassen auch die histologischen Veränderungen der Hypothese einer parasitären und zwar von der Oberhaut ausgehenden Erkrankung als nicht unbegründet erscheinen. Abgesehen von dem noch

nicht gelungenen Nachweis eines Parasiten (ein Mangel, den die Parapsoriasis mit anderen sicher als infektiös erkannten Erkrankungen teilt), würde auch die Erfolglosigkeit der eingeleiteten antiparasitären Therapie nicht gegen diese Annahme sprechen, wobei ich nicht einmal mit anderen sicher parasitären, aber ebenfalls (wenigstens auf die Dauer) schwer heilbaren Hautaffektionen (ich nenne nur eine der gewöhnlichsten, die Pityriasis versicolor) zu exemplifizieren brauche.

Die mangelnde Übertragungsfähigkeit auf andere Individuen, die grofse Seltenheit der Parapsoriasis finden ebenfalls in gewissen parasitären Affektionen Analoga. So wissen wir aus Erfahrung, dafs (um bei obigem Beispiele zu bleiben) die Pityriasis versicolor nicht übertragbar ist, nicht einmal unter Eheleuten. Damit pathogene Pilze auf der menschlichen Haut Boden fassen, bedarf es eines spezifischen, dafür disponierten Nährbodens, z. B. für Pityriasis versicolor einer „besonders sauren" Haut (Heuss).[1]

Mit der Annahme, dafs es auch bei der Parapsoriasis eines eigenartig beschaffenen Nährbodens der Haut zum Wachstum des betreffenden Parasiten bedarf, fänden sowohl klinisches als histologisches Bild eine befriedigende Erklärung.

Nur kurz erwähnen möchte ich, dafs Tommasoli sämtliche Keratodermiten (wozu er auch die Parapsoriasis zählt), auf Autointoxikation zurückführt, eine Hypothese, die mangels jeglicher positiver Anhaltspunkte keiner weiteren Besprechung bedarf.

Differentialdiagnose. Die Diagnose der Parapsoriasis ist ziemlich schwierig, da das Krankheitsbild durch die Kombination einer Reihe sonst anderen Hautaffektionen angehörender Symptome charakterisiert ist. Aus

---

[1] So hat Heuss in einer, in den *Monatsheften für prakt. Dermatologie* (1892, Bd. 14, S. 343) niedergelegten Arbeit „Über die Reaktion des Schweifses beim gesunden Menschen" nachgewiesen, dafs die menschliche Haut an ihrer Oberfläche (bis an die oberuten Stachelschichtlagen) normalerweise sauer reagiert, dafs diese saure Reaktion nicht nur nach Hautregionen (Streckseiten reagieren z. B. durchwegs sauerer als die Beugeseiten), sondern auch individuell (wobei besonders Alter, Geschlecht etc. einen Einfluſs ausüben) quantitativ verschieden ist. Aber auch unter pathologischen Bedingungen zeigt die Reaktion der Haut ziemlich konstante Veränderungen. So ist die Psoriasis meist bei Individuen mit sehr stark sauer reagierender Haut, umgekehrt die Trichophytie mehr bei schwach „sauerer Haut" zu finden, ein Befund, der, falls anderweitig bestätigt, das mysteriöse Dunkel über „Disposition" etwas zu lüften geeignet wäre. Eine wertvolle Stütze erhielt diese Anschauung durch die Untersuchungen von Sabouraud, der die Reaktion des Schweifses bei an Trichophytia corporis erkrankten Personen ausnahmslos alkalisch (Heuss schwach sauer) fand; ferner konnte er konstatieren, dafs bei sieben Kindern „mit saurem Schweifse" die vorgenommenen Impfungen mit Trichophytonpilzen nur einmal positiven Erfolg hatten, während bei vier Kindern mit alkalischem Schweifse das Experiment stets gelang.

diesem Grunde möchte ich etwas ausführlicher auf die Differentialdiagnose eingehen. Charakteristisch ist die Parapsoriasis, um dies nochmals zu wiederholen, durch die Kombination von psoriasis-, lichen- etc. ähnlichen Efflorescenzen, durch das Fehlen besonderer Prädilektionsstellen, von subjektiven Beschwerden, durch den überaus chronischen Verlauf und die Erfolglosigkeit der Therapie.

In erster Linie wäre hier die Psoriasis zu nennen. Dieselbe zeigt im ganzen ein viel einheitlicheres Bild: stark silberweifs schuppende, rot glänzende Efflorescenzen mit Bevorzugung der Streckseite, des Capillitiums und die Möglichkeit einer mehr oder weniger länger andauernden Abheilung durch passende therapeutische Mafsnahmen. Die Rückbildung erfolgt zentrifugal, so dafs einzelne Läsionen in der Mitte bereits normale Haut zeigen können, während der Rand noch infiltriert, gerötet, schuppend ist. Exacerbationen und Remissionen wechseln ziemlich lebhaft, so dafs der Verlauf weit weniger monoton erscheint, als bei Parapsoriasis. Nach Kratzen erfolgt kapilläre Blutung. Mikroskopisch findet man gewöhnlich viel stärker ausgesprochene Entzündungserscheinungen, speziell der Epidermis, zahlreichere Mitosen, deutlichere Parakeratose. Die Suprapapillarschicht ist verdünnt, so dafs die dilatierten Kapillaren knapp unter dem Strat. corn. liegen und mechanischen Läsionen (Kratzen) leicht zugänglich sind.

2. Lichen planus. Die Knötchen sind derber, bläulichrot, wachsartig glänzend, meist von polygonaler Form und charakteristischer Gruppierung, lassen Pigmentierung zurück. In der Mitte gewöhnlich dellenartige Vertiefung. Es besteht nur wenig Schuppung. Prädilektionsorte: Beugeseiten der Extremitäten und Rumpf. Schleimhäute sehr häufig affiziert. Gewöhnlich heftiges Jucken. Spezifisch günstige Beeinflussung durch As. Verlauf rascher. Histologisch findet sich bedeutendere Entzündung, der Prozefs spielt sich weniger im Epithel als in der oberen Cutis ab, sogar Abhebung des Epithels durch subepitheliales Ödem. Hyperkeratose, aber keine Parakeratose. Regressive Metamorphose des Epithels (Kolloid).

3. Pityriasis rosea (Gibert) ist ziemlich ähnlich der makulosquamösen Form der Parapsoriasis. Hervorzuheben wäre hier das akute Auftreten von miliaren, flachen Efflorescenzen, die sich rasch flächenhaft ausbreiten, das Zentrum ist heller als die Peripherie wegen zentraler Abheilung. Prädilektionsstellen. Gelbbräunliche Pigmentierung nach Verschwinden der Efflorescenzen. Schuppen klein, festhaftend. Die Läsionen werden selten über 2 cm grofs. Rasche Abheilung spontan oder unter medikamentöser Behandlung. Rascher Verlauf (innerhalb weniger Wochen). Histologische Differenzen, Akanthose, Mitosen häufig, Plasma und Mastzellen zahlreicher, Ödem deutlicher; sonst ist das mikroskopische Bild ziemlich ähnlich der Parapsoriasis.

4. Ekzema seborrhoicum zeigt typische Ausbreitung vom Capillitium nach unten und hat Prädilektionsstellen. Häufig Pruritus. Schuppen von fettiger Beschaffenheit und gelblicher Farbe. Nässen, Borken oft. Verlauf weniger torpid. Erfolgreiche Therapie. Histologisch tritt stärkere Akanthose und Hyperkeratose hervor. Entzündliche Zellwucherung in der Cutis stärker, bedeutende Leukocytose. Oft seröse oder fibrinöse Bläschen an der Unterseite der Schuppen.

5. Lues. Das papulöse und makulöse Syphilid ist ähnlich dem Krankheitsbilde mancher Parapsoriasisfälle, und sind beide Affektionen wiederholt verwechselt worden. Lues zeigt gewöhnlich auch anderweitige spezifische Veränderungen, ist eine Allgemeinerkrankung, Parapsoriasis aber ein lokaler, auf der Hautoberfläche sich abspielender Prozefs. Schleimhauterkrankungen bei Lues ungemein häufig. Knötchen sind derb, von Kupferfarbe; zumeist symmetrische Anordnung und charakteristische Gruppierung der Elemente. Zentrale Abheilung. Capillitium oft ergriffen. Beugeflächen bevorzugt. Palmae, Plantae oft affiziert. Erfolg der Hg-Therapie. Mikroskopisch findet man die Grenze zwischen Rete und Corium fast verwischt wegen der starken Infiltrationserscheinungen, Plasmom.

6. Herpes tonsurans maculosus et squamosus hat viel rascheren Verlauf. Auffinden von Pilzelementen. Heftiges Jucken. Zentrifugale Ausdehnung der Elemente, dieselbe erfolgt sehr rasch (wenige Stunden bis Tage), Mitte oft heller und etwas atrophisch.

7. Die von Savill Anfang 1890 beschriebene epidemische Hautkrankheit hat eine gewisse Ähnlichkeit mit unserer Dermatose insofern, als auch hier makulöse und papulöse schuppende Efflorescenzen auftreten. Die Krankheit tritt jedoch sehr akut auf, befällt Kopf und Vorderarme gewöhnlich zuerst, um sich dann innerhalb weniger Wochen über den ganzen Körper auszubreiten. Epidemische Erkrankung und häufig tötlicher Verlauf.

Schlufsfolgerungen.

1. Die Parapsoriasis ist eine Hautkrankheit sui generis, die vorwiegend jugendliche, gesunde Personen männlichen Geschlechts, ohne nachweisbare Ursache befällt. Ihre Ätiologie ist bis jetzt unaufgeklärt.
2. Sie ist polymorphen Charakters und besteht aus maculo-papulösen Elementen und Übergangsformen, sie zeigt gewöhnlich leichte Schuppung.
3. Die Entwicklung der Elemente erfolgt durch eine initiale Papel, die sich ausdehnend, flacher wird und dann ein makulöses Aussehen erhält; oder es entsteht zuerst ein Fleck, der allmählich zum Knötchen wird; schliefslich gibt es noch primäre, makulöse Läsionen, die als solche bis zur Abheilung bestehen bleiben ohne Metamorphosierung.

4. Die Abteilung der Efflorescenzen hinterläfst keine Pigmentierung, Atrophie oder Narbe, die Läsionen verschwinden spurlos.
5. Die Dermatose befällt fast den ganzen Körper ohne Prädilektionsstellen. Der behaarte Kopf ist stets frei. Gesicht, Handteller, Achselhöhlen, Kniekehlen, Genitalien selten befallen. Schleimhäute und Nägel stets intakt.
6. Der Verlauf ist sehr chronisch und monoton. Exacerbationen und Remissionen kommen jedoch vor.
7. Die Affektion verursacht keine subjektiven Beschwerden, nur selten tritt ein geringes Jucken auf. Übertragungen kommen nicht vor.
8. Gegen therapeutische Eingriffe zeigt sie sich ungemein resistent. Günstige Beeinflussung sah man durch Chrysarobin, Pyrogallusprăparate, Arsenik. Die Besserungen waren jedoch nur vorübergehender Natur.
9. Histologisch weist sie oberflächliche auf die Epidermis und die oberen Cutisteile beschränkte, milde Entzündung auf, also das Bild eines trockenen, oberflächlichen Hautkatarrhs, verbunden mit mäfsiger Para- und Hyperkeratose.

Herrn Dr. Heuss spreche ich für die Überlassung des Materials sowie für die vielfache Unterstützung bei der Verarbeitung desselben meinen besten Dank aus.

Literatur.

1. Unna - Santi - Pollitzer, Über die Parakeratosen im allgemeinen und eine neue Form derselben (Parakeratosis variegata). *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. Bd. X.
2. Jadassohn, Über ein eigenartiges psoriasiformes und lichenoides Exanthem. Verhandlungen der Deutschen dermat. Gesellsch., 4. Kongrefs, Breslau 1894.
3. Neisser, Zur Frage der lichenoiden Eruptionen. Verhandlungen der Deutschen dermatol. Gesellsch., 4. Kongrefs, Breslau 1894.
4. Juliusberg, Über einen Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1897.
5. Brocq, Les Erythrodermies pityriasiques en plaques disseminées. *Revue general clinique et therapeutique.* 1897.
6. Pinkus, Ein Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1898. Bd. 44.
7. Verhandlungen des Vereins ungar. Dermatologen. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1898. Bd. 46.
8. Eudlitz, Psoriasis en gouttes d'aspect syphiloide. *Bulletin de la Société franç. de Derm. et Syph.* 1898.
9. Juliusberg, Über die Pityriasis lichenoides chronica. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1899. Bd. 50.
10. Jadassohn, Dermatitis psoriasiformis nodularis. Festschrift Kaposi. 1900.

11. White, Case of Brocqs erythrodermicis pityr. en plaques dissem. *Journ. of cut. and gen.-urin. diseases.* 1900.
12. Török, In zerstreuten Flecken auftretende schuppende Erythrodermien. *Pester mediz.-chirurg. Presse.* 1901.
13. Ravogli, On a case of Erythrodermia squamosum. *The Journ. of the American medical Association.* 1901.
14. Radcliffe Crocker, Dermatol. Soc. of London. 1901.
15. Colcott Fox and Mac Leod, On a case of Parakeratosis variegata. *The Brit. Journ.* 1901.
16. Brocq, Les Parapsoriasis. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1902. Bd. III.
17. Méneau, Un nouveau cas de Parakeratosis variegata. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1902. Bd. III.

Urologische Beiträge.

Von

Dr. Neuhaus,
München - Bad Reichenhall.

I.

Intoxikation mit Eucain α.

Die moderne Chemie liefert uns so viele Arzneimittel, dafs es unmöglich ist, sie alle auf ihren hauptsächlichen Wert zu prüfen; die Nebenwirkungen werden noch weniger bekannt. Ein grofser Teil dieser Präparate verschwindet deshalb, nur wenige behaupten sich. Zu den letzteren gehört gegenwärtig das Eucain β, welchem die Eigenschaft, ein gutes Anästhetikum zu sein, wirklich zuerkannt werden darf. Ich habe mit demselben schon vielfach gearbeitet und bis jetzt unangenehme Zufälle dabei nicht erfahren. Anders erging es mir aber mit seinem Vorgänger, dem Eucain α, bei dessen Verwendung ich eine seltsame Intoxikation erlebt habe. Diesen Zufall in Kürze zu schildern, mag vielleicht selbst jetzt noch ein gewisses Interesse haben und zur Vorsicht mahnen, auch gegenüber dem verwandten Eucain β und ähnlichen Mitteln überhaupt.

Ein elfjähriger Knabe, etwas schwächlich gebaut, von blassem Aussehen, kam in meine Behandlung wegen einer Cystitis, die bereits vier Monate bestand. Die Diagnose war einfach. Es bestand Schmerz beim Urinieren, lebhafter Harndrang, der manchmal in Zwischenräumen von $^1/_2$—1 Stunde sich einstellte; der saure Harn war in allen Portionen trüb, diese Trübung schwand weder beim Kochen noch auf Säurezusatz. Zucker fehlt, Spuren von Eiweifs waren stets vorhanden. Mikroskopisch waren Blasenepithelien, Eiterzellen in grofser Menge und Bacterium coli nach-

zuweisen. Aus der Harnröhre kam weder morgens noch tagsüber irgend ein Sekret, auch liefs sich niemals ein solches auspressen. Angeblich bestand auch zu keiner Zeit vorher ein Ausfluſs. Über die Entstehung des Leidens konnte ich weiter nichts erfahren. Wohl bestand hier und da Verstopfung, aber abgesehen von den Harnbeschwerden hatte der Patient seit Jahren nichts zu klagen gehabt.

Die Behandlung bestand zunächst in Regelung der Diät, Entziehung von Alkohol, besonders von Bier, das bisher gereicht wurde, in warmen Bädern und Dunstumschlägen, sowie in der Verabreichung von Urotropin, 0,5 drei- bis viermal täglich. Offenbar unter dem Einfluſs des letzteren besserte sich der Zustand sofort, Schmerz und Harndrang schwanden, der Urin wurde ganz klar, eiweifsfrei, Eiterkörperchen und Bacterium coli schwanden aus demselben. Das ging so wochenlang fort. Solange der Knabe Urotropin nahm, war alles gut, sobald aber mit dem Mittel ein bis zwei Tage ausgesetzt wurde, erschienen Schmerz, Drang und Trübung des Harns wieder. Als nach sechswöchentlichem Einnehmen des Urotropins kein bleibender Erfolg sich zeigte, liefs ich das Mittel beiseite und wandte mich zu der altüblichen örtlichen Behandlung, d. h. ich spülte die Blase mittels elastischen Katheters und Spritze von 150 g Inhalt mit schwachen Höllensteinlösungen aus, womit man ja, abgesehen von tuberkulösen Cystitiden, fast stets zum Ziele gelangt. Der Erfolg war auch hier ganz deutlich, schon nach der ersten Einspritzung besserten sich alle Symptome, noch mehr bei der zweiten. Da nun die Harnröhre des Knaben ziemlich eng war und der Patient überhaupt etwas empfindlich zu sein schien, spritzte ich stets vor Einführung des Katheters etliche Kubikcentimeter einer 1%igen Kokainlösung in die vordere Harnröhre ein und erreichte damit auch, dafs die nachfolgende Prozedur fast ohne Schmerzäufserung von seiten des Knaben von statten ging. Auch über den Drang nach der Injektion klagte er kaum. Bei der dritten Injektion war gerade eine Kokainlösung nicht mehr zur Hand, da benutzte ich statt derselben eine frische 1%ige Lösung von Eucain α, und zwar auch nur etliche Gramm. Mit dieser hatte ich in anderen Fällen bisher nur günstige anästhesierende Wirkung erzielt. Aber schon beim Einführen des Katheters zeigte sich der Patient nicht so ruhig wie sonst, doch erfolgte die Ausspülung ohne Schwierigkeit. Die Höllensteinlösung war fast die gleiche, wie die am Tage vorher benutzte. Der Patient blieb, wie gewöhnlich, noch einige Minuten nach der Injektion bei mir. Ehe diese verstrichen waren, klagte er schon über Schmerz in der Blasengegend, ich legte ihn sofort auf das Ruhebett, der Kopf wurde leicht erhöht. Kaum war dies geschehen, verzog der Knabe unter Ächzen und Klagen sein Gesicht, es traten deutliche Facialiskrämpfe auf. Und an diese schlossen sich tonische und klonische Krämpfe der oberen und unteren Extremitäten an; dieser unheimliche

Zustand dauerte mit geringen Ruhepausen etwa zehn Minuten, dann wurden die Krämpfe schwächer, es trat kalter Schweifs im Gesicht, auf der Stirn zum Vorschein, endlich blieb der Knabe ruhig und ermattet liegen. Eine Viertelstunde später verlangte er nach Hause, ich selbst brachte ihn dorthin, ein weiterer Zufall trat nicht ein. Mit aller Bestimmtheit wurde mir versichert, dafs weder der Patient noch ein Mitglied der Familie jemals von solchen Krämpfen befallen worden sei. Ich wufste nun nicht, ob der ganze Vorfall ein zufälliger war oder mit dem Eucain α in Verbindung zu bringen war, die Argentum nitricum-Lösung hatte gewifs keine Schuld. Mit der Injektion von Höllensteinlösungen wurde darum fortgefahren, der Erfolg immer besser. Als ich aber infolge eines Irrtums bei der siebenten Injektion wiederum Eucain α in genau derselben Menge und Stärke wie früher zur Anästhesierung der Harnröhre benutzte, ohne dafs der Patient eine Ahnung davon hatte, da stellten sich wiederum dieselben Schmerzen, dieselben Krämpfe ein, doch blieb irgend ein Schaden nicht zurück. Jetzt zweifelte ich nicht mehr an der Intoxikation durch Eucain α und verwendete prinzipiell das Mittel nicht mehr.

Bei der letzten (achten) Injektion wurde wieder Kokain benutzt, wiederum ging alles glatt von statten. Der Enderfolg der Ausspülungen war bereits ein tadelloser und blieb es, ohne jede weitere Medikation ist die Cystitis endgültig von da ab geheilt gewesen.

II.

Eigentümlicher Krampf in der vorderen Harnröhre.

Bekanntlich tritt bei den meisten gesunden und besonders bei kräftigen Männern, sobald mit dem Katheterschnabel der Isthmus oder die Gegend des Sphincter internus berührt wird, eine stärkere Kontraktion ein, die aber nachläfst, nicht wenn der Katheter stürmisch vorwärts gedrängt wird, sondern wenn man ihn ruhig anhält. Dieser „Krampf" liegt sicherlich noch innerhalb der physiologischen Breite. Von einem wahren Krampfzustand oder einer spastischen Striktur kann man erst dann reden, wenn sie bei Abwesenheit einer wirklichen Striktur in streng geschiedenen Pausen auch ohne Katherismus auftritt; sie mufs nicht allein beim Einführen der Sonde Hindernisse bereiten, sondern diese müssen wenigstens zuweilen beim Ausziehen des Instrumentes wahrgenommen werden, wenn sie ohne Täuschung und mit Bestimmtheit diagnostiziert werden soll. Die spastische Striktur kommt somit vor als Symptom anderer Krankheiten und häufig tritt sie zu entzündlicher und organischer Striktur, bei denen genug Veränderungen vorgehen, welche zeitweilig als Reize auf die Muskeln der Harnröhre wirken; sie kommt aber auch, obwohl sehr selten, als selbständiger lokalisierter Harnröhrenkrampf vor. Diese letztere Ansicht des Altmeisters Dittel (Strikturen, S. 52) läfst sich

nicht bestreiten. Nur kann viele Zeit verstreichen, ehe man so einem wahren, selbständigen Harnröhrenkrampf begegnet. Ich habe erst nach langjähriger Tätigkeit einen solchen Fall gesehen und bald darauf einen weiteren, dessen Eigentümlichkeit aber darin bestand, dafs der Krampf, das feste Umklammern des Instrumentes, das Hindernis für das Vorwärtsdringen desselben, nicht beim Einführen auftrat, sondern stets erst beim Ausziehen der Sonde, und zwar in der Mitte der Pars pendula, mit Heftigkeit sich kundgab. Darüber sei in folgendem berichtet:

Ein 27jähriger Mann, Sergeant, schlank, mit nicht besonders kräftiger Muskulatur, der Hauptsache nach gesund, kam wegen chronischer Gonorrhoe, welche seit etwa einem Jahre bestand, in meine Behandlung. Die Sekretion der Harnröhre war spärlich, leicht gelblich gefärbt, Prostata nicht vergrößert, an Samenblasen, Hoden, Blase nichts Abnormes, die Harnröhre für Endoskop und Metallsonden von 25 Charr. ab leicht durchgängig. Die Sekretion wurde durch Spülungen nach Diday mit Lösungen von Argentum nitricum in steigender Stärke in einigen Wochen beseitigt. Mit Rücksicht auf die grofsen und derben Tripperfäden, welche noch zurückgeblieben waren und in einzelnen Infiltraten ihre Ursache hatten, fügte ich noch eine Dilatationskur an, welche mit dem Oberländerschen Dilatator, später mit Metallsonden von 24—27 Charr. durchgeführt wurde. Die Sonden blieben 10—15 Minuten lang liegen. Die ersten drei Male gab es weder beim Einführen noch beim Zurückziehen der Sonde irgend ein Hindernis, Patient erwies sich auch sonst nicht als empfindlich. Um so erstaunter war ich eines Tages, als ich beim Versuch, die Sonde 26 langsam wie gewöhnlich zu entfernen, mit derselben etwa in der Mitte der Pars anterior stecken blieb. Ich versuchte zunächst unwillkürlich etwas stärker zu ziehen; da dies dem Patienten aber sehr unangenehm war, wartete ich noch weitere fünf Minuten ab, probierte dann erst neuerdings durch sanften Zug das Instrument zu lösen; es gelang nicht, erst bei energischem, für den Patienten etwas schmerzhaftem Zug gelang die Befreiung der Metallsonde. Die Sondierungen gab ich trotzdem nicht auf, sie wurden noch einige Wochen, jeden dritten Tag, geübt. Nicht jedesmal, aber doch noch einige Male, ereignete sich das eben Geschilderte, d. h. niemals beim Einführen, stets beim Ausziehen, wenn ich etwa in die Mitte der Pars anterior gelangt war, wurde die Sonde mächtig umklammert und nicht mehr losgelassen. Mit dem Endoskop konnte ich irgend eine Abnormität nicht finden. Dies ist um so begreiflicher, als ja etwaige Veränderungen der hier sonst so spärlichen Muskulatur mit dem Spiegel nicht entdeckt werden können. Zweimal injizierte ich subcutan Morphin, als nach Zuwarten bis zu einer Viertelstunde die Entfernung der Sonde nicht leicht gehen wollte, hierauf gelang das Ausziehen leicht; das dritte Mal unterliefs ich auf Wunsch des Patienten diese Morphininjektion und löste

die Sonde wieder durch sehr kräftigen Zug. Ich nehme für diesen Fall an, dafs die sonst so dürftig vorhandene Muskulatur der Pars anterior etwas reicher entwickelt war und durch die lokale Behandlung nicht gleich zu Beginn, sondern später, gewissermafsen entzündlich, gereizt wurde.

Irgend welche Unannehmlichkeit trat weiter nicht auf. Der Patient zeigte im Urin nur noch wenige kleine Fäden, als ich ihn aus der Behandlung entliefs.

III.

Über Spermatocystitis.

Die Entzündung der Samenblasen gilt im allgemeinen als ein seltenes Leiden, als eine seltene Komplikation des Trippers. Gibt man aber genau acht, wird man im Laufe der Jahre sowohl akute als chronische Spermatocystitis beobachten können. So habe ich mehrere Fälle von akuter Spermatocystitis gesehen, welche im Gefolge von akuter oder subakuter Gonorrhoe auftreten, weifs aber sicher, dafs nicht jedesmal Epididymitis vorausging. Ich begreife darum sehr wohl, wenn Aabert Mayer (*Oberländers Centralblatt* XIV, Heft 1) in dieser Hinsicht bemerkt: Es sei nicht gut einzusehen, warum sich eine Entzündung des hinteren Teiles der Harnröhre nicht per continuitatem, als Weg die Ductus ejaculatorii benutzend, auf die Samenblase fortsetzen sollte. Da zum Vas deferens und zur Ampulle der Samenblase freie Kommunikation besteht, ist dieses direkte Fortschreiten der Erkrankung doch weit wahrscheinlicher als die von manchen Autoren angenommene Propagation durch die Lymphbahnen.

Meine Fälle von akuter Spermatocystitis betrafen jeweils nur ein Samenbläschen. Die Diagnose war durch die Betastung vom Mastdarm aus ohne Schwierigkeit zu erhärten, indem sich das vergröfserte empfindliche Samenbläschen deutlich rechts oder links von der Mittellinie nachweisen liefs; die Symptome waren ungleich. Unangenehmer, dumpfer Druck im Mastdarm wurde stets geklagt, das Absetzen des Stuhls war schmerzhaft. Pollutionen waren nicht immer vorhanden, dagegen wurde bei Erektion und Ejakulation stets peinliches Gefühl, fast brennender Schmerz nicht vermifst. Der Samenergufs war gewöhnlich gelblich, einige Male rötlich. Zu gleicher Zeit bestand der gonorrhoische Ausflufs weiter, je nach dem Grade der Krankheit. Fieber war zeitweilig vorhanden, Zur Eiterung und schweren Zufällen kam es nicht. Die Symptome liefsen sich mildern, die Schmerzen schwanden; wenn der Harnröhrenausflufs beseitigt war, entzogen sich die Patienten der weiteren Beobachtung, so dafs ich über den endlichen Ausgang dieser akuten Spermatocystitiden kein Urteil abgeben kann.

Fälle von chronischer Spermatocystitis sind mir drei vorgekommen, die beiden ersten konnte ich leider nur kurze Zeit sehen, die Behandlung

nicht zum Abschlusse bringen, da die Patienten schon nach einigen Konsultationen nicht wiederkehrten. Die Belästigungen derselben waren eben gering: Pollutionen, ab und zu dumpfe Sensationen beim Stuhlgange, hier und da Brennen beim Coitus wurden von beiden angegeben.

Stets war nur ein Bläschen befallen, dasselbe war etwas geschwellt und verdickt.

Der dritte Fall von chronischer Spermatocystitis betraf aber einen sehr anhänglichen und zuverlässigen Patienten, bei dem ich den Verlauf der Affektion genau beobachten und bei dem ich auch die längere Behandlung durchführen konnte. Dieser Fall dürfte der Schilderung wert sein:

Der Patient, ein jetzt etwa 26jähriger Mann, kräftig, sehr gebildet, kam vor sieben Jahren wegen frischer, erstmaliger Gonorrhoe in meine Behandlung. Dieselbe berücksichtigte natürlich die Regelung der Diät und das gesamte Verhalten, örtlich wurden Injektionen von Thallinum sulfuricum, Silbersalzen, später Adstringentien verwendet. Nach fünf Wochen war jede Absonderung aus der Harnröhre geschwunden, sie kehrte auch nicht wieder, als probeweise Alkohol und geschlechtliche Beziehungen wieder aufgenommen wurden. Nur traten ab und zu noch starke Fäden im Urin auf, das Endoskop wies nur unbedeutende Infiltrate nach. Diese Fäden schwanden fast vollständig, nachdem Patient in der Sommerfrische über zwei Monate fast täglich in einem grofsen Binnensee gebadet hatte. In den nächsten sechs Jahren traten aber doch öfters hier und da gröfsere Fäden auf, wenn Patient tüchtig dem Alkohol zugesprochen hatte. Wenn das Weglassen des Alkohols nicht genügte, um den Urin von diesen Fäden zu befreien, wurde jährlich zwei- bis viermal eine örtliche, teils endoskopische, teils Dilatationsbehandlung von mir geübt, nebenbei Urotropin, Salol verordnet, letzteres schien besonders günstig zu wirken, monatelang sah man oft keinen Faden mehr. Niemals hat der Patient, seiner Angabe nach, noch meines Wissens irgend eine Komplikation erfahren, niemals habe ich Urethritis posterior, Cystitis, Prostatitis, Spermatocystitis acuta und sicher auch niemals Epididymitis bei ihm konstatiert. Auch im übrigen blieb der Patient die Jahre hindurch gesund und entwickelte sich zu einem kräftigen, blühend aussehenden Manne. Im Herbst 1902 kam derselbe, den ich noch im Sommer mehrmals sondiert hatte, wieder zu mir und berichtete folgendes:

Im ganzen und grofsen fühle er sich wohl und rüstig. Nur empfinde er manchmal im Mastdarm eine Art von Druck, der aber nicht lange andauere. Er leide nicht an Verstopfung, habe auch keine Beschwerde beim Stuhlgang. Dagegen sei es ihm schon seit fünf bis sechs Monaten auffällig, dafs er mehrmals beim Coitus nicht mehr das eigentliche Wollustgefühl empfunden habe, sondern eine fast unbehagliche, leicht brennende

Empfindung verspürte, als Schmerz möchte er sie nicht definieren. Er habe, wie seit langer Zeit schon, nur einmal wöchentlich koitiert, habe weder betreffs Alkohol noch Tabak mehr verbraucht als sonst. Ferner habe er bei den letzten Malen seines Verkehrs gesehen, dafs Tropfen des Samens, die er nach dem Coitus abgestreift hätte, eine leicht gelbliche Färbung hatten und ebensolche Flecke auf dem Hemde hinterliefsen. Irgend welche Absonderung aus der Harnröhre bemerke er schon seit Jahren nicht mehr, und auch die bekannten Fäden zeigten sich nur manchmal und dann sehr klein und wenige.

Die Untersuchung des Urins, mehrfach, sowohl morgens wie mittags vorgenommen, ergab stets normale Verhältnisse, Sekret, Fäden fehlten. An den äufseren Genitalien keine Abnormität. Bei der Palpation vom Mastdarm aus erweist sich die Prostata weder vergröfsert noch schmerzhaft auf Druck. Ein solcher entleert helles Sekret, welches völlig frei ist von abnormen Beimischungen, insbesondere von Eiterkörperchen und irgend welchen Bakterien. Diese Kompression der Prostata übte ich öfters stets mit dem gleichen normalen Resultat. Die rechte Samenblase ist kaum tastbar, jedenfalls nicht vergröfsert, nicht empfindlich. An der Stelle, welche der linken Samenblase entspricht, fühlt man eine leichte Hervorwölbung, welche auf Druck nicht schmerzhaft ist. Drückt man lebhaft auf diese Hervorwölbung, so ergibt sich aus der vorher durch Spülungen möglichst gereinigten Harnröhre ein schwach gelbliches Sekret. In diesem finden sich bewegungslose, aber auch sich bewegende Spermatozoen und scheinbar eine grofse Zahl von Eiterkörperchen, keine Gonokokken, überhaupt keine Bakterien. Nun darf man nicht vergessen, dafs auch in dem normalen, ausgedrückten Sekret der Samenblasen und im Sperma überhaupt Leukocyten in mäfsiger Menge sich vorfinden (wie GUYON in seinen Vorlesungen, deutsche Ausgabe, S. 380, schon erwähnt), aber diese Zahl von Eiterkörperchen, wie ich sie in dem ausgedrückten Sekret auch in den nächsten Tagen noch fand, schien mir doch pathologisch zu sein, so diagnostizierte ich mit Bezug darauf und die sonstigen Verhältnisse eine schon länger bestehende Spermatocystitis des linken Samenbläschens.

Die nun eingeleitete Behandlung bestand darin, dafs ich jeden zweiten Tag das kranke Samenbläschen leicht massierte, hierauf folgte eine rektale Ausspülung mit einem dem ARTZBERGERschen und FINGERschen ähnlichen Apparate mittels lauem Wasser, nachdem ich vorher etwas Opium in das Rektum injiziert hatte. Aufserdem nahm Patient morgens ein temperiertes Sitzbad, innerlich Jodkalium. Das nach der Massage aufgefangene Sekret wurde mehrmals untersucht, schon nach acht Tagen konnte ich eine Abnahme der Eiterkörperchen auffinden. Auch die Farbe des ausgedrückten Sekretes besserte sich, wurde allmählich weifslich. Ich liefs dann kühlere Halb- und Ganzbäder anwenden. Nach etwa vierwöchentlicher Behandlung

entliefs ich den Patienten, da das Samenbläschen kaum mehr zu fühlen war, und der mikroskopische Befund sehr wenig Eiterkörperchen ergab, auch das rektale Druckgefühl angeblich geschwunden war. Etwa einen Monat später konstatierte er beim ersten geschlechtlichen Versuche angeblich völlige Wiederherstellung des früher empfundenen Wollustgefühles, weifsliches Kolorit des Samens. So sei es auch bei den weiteren geschlechtlichen Akten geblieben. Es ist also vermutlich Heilung eingetreten und, wie mir scheint, in relativ kurzer Zeit. Jedenfalls kann sich die chronische Spermatocystitis auch in die Länge ziehen und, sei es nicht erkannt oder nicht behandelt, eine Infektionsmöglichkeit ergeben, die noch nicht genug Beachtung fand.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Juni 1903.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Schütze stellt aus der Krankenabteilung des Instituts für Infektionskrankheiten eine Kranke vor, welche wegen eines syphilisähnlichen Exanthems mit Inunktionskur und Jodnatrium (2—3 g täglich) während 3½ Wochen behandelt wurde. Vorher war Patientin wegen Verdachts der Variola mit Erfolg vacciniert worden. Es entstanden grofse Wucherungen der Nase und granulierende Tumoren an den Impfstellen. Schnelle Besserung nach Aussetzen der Jodmedikation. Diagnose: **Jododerma tuberosum fungoides.**

Diskussion: Blaschko berichtet über einen von ihm vor Jahren beobachteten Fall, in welchem die Wucherungen der Nase chirurgisch entfernt worden waren. Nach der Wundheilung unter dem Weitergebrauch des Jods trat ein Rezidiv ein. Nach Stellung der richtigen Diagnose schnelle Heilung.

Lesser macht auf die Ähnlichkeit einiger Efflorescenzen mit Vaccine aufmerksam.

2. Pinkus demonstriert einen jungen Mann mit sehr ausgebreitetem **Lichen ruber planus.**

3. Bäumer demonstriert eine Frau mit **Atrophia cutis** am rechten Bein.

4. Buschke demonstriert einen Mann mit **Lichen ruber acuminatus,** vergesellschaftet mit Lichen planus. Mikroskopische Präparate beweisen die Lichen ruber-Natur der Affektion (aufserordentlich starkes Rundzelleninfiltrat dicht an der Epidermis) und um die Haare herum.

5. Buschke demonstriert Präparate von **Angiosarkom** der Haut.

6. Buschke demonstriert einen jungen Mann mit **vasomotorischen und entzündlichen Veränderungen** an der Innenseite des rechten Ober- und Unterschenkels. Die Affektion besteht mit Remissionen seit der frühesten Jugend.

Diskussion: Lesser macht auf das Naevusartige der Ausbreitung und Dauer aufmerksam.

Pinkus erinnert an die Ekzematisation der Naevi und betrachtet das Leiden als Naevus vascularis in dem Sinne, dafs hier eine lokalisierte Lädierbarkeit, vom Zirkulationsapparat ausgehend, vorliege.

Rosenthal findet nur sehr entfernte Ähnlichkeit mit strichförmigen Affektionen.

7. Blaschko demonstriert einen jungen Mann mit gruppierten Hauteruptionen vom Charakter des **Lichen scrophulosorum**. An den Handflächen und Fufssohlen befinden sich peripherisch fortschreitende, oft serpiginöse Linien verrucöser Eruption mit harten, keratotischen Pfröpfen, welche am nächsten der **Tuberculosis verrucosa cutis** stehen. Tuberkulininjektionen erzeugen jedesmal eine leichte allgemeine, keine lokale Reaktion. Es besteht allgemeine leichte Lymphdrüsenschwellung.

Diskussion: Lesser erkennt die Schwierigkeit der Beurteilung an. Er glaubt, dafs es sich um eine einheitliche Affektion handle und möchte den Ausdruck Tuberculosis verrucosa cutis für diese, das genannte Krankheitsbild nicht ganz typisch darstellende Affektion lieber vermieden wissen.

Saalfeld glaubt das Krankheitsbild mit dem der Dermatitis psoriasiformis nodularis Jadassohn identifizieren zu sollen, welcher Anschauung Pinkus entgegentritt.

Rosenthal spricht den Ausschlag auf Grund der klinischen Zeichen, namentlich des wie gestichelt aussehenden Grundes der Efflorescenzen der Hände als einen Fall von Lupus erythematodes an und widerlegt die von Holländer ausgesprochene Ansicht, dafs beim Lupus erythematodes der Hände vor allem die Nägel ergriffen seien.

Hoffmann meint, dafs die auf embolischen Prozessen beruhende Symmetrie der Eruption an Händen und Füfsen gegen Tuberculosis verrucosa cutis spreche, welche stets eine lokale, von aufsen kommende Infektion sei.

Pinkus schliefst sich der Ansicht Blaschkos an und hält den Ausschlag für eine (wohl hämatogen) entstandene Hauttuberkulose. Beim Zugeständnis der tuberkulösen Natur der Affektion möchte er aber den Namen Lupus erythematodes nicht angewendet sehen, da die tuberkulöse Natur dieses Leidens nicht bewiesen ist. Auch sind in dem vorgestellten Falle seine klinischen Zeichen nicht in völlig ausreichender Deutlichkeit vorhanden.

Blaschko findet nirgends weder die narbige zentrale Atrophie, noch die siebförmige Durchlöcherung des Lupus erythematodes. Trotz der in der Diskussion erwähnten Abweichungen bleibt er bei seiner Auffassung des Falles als Lichen scrophulosorum, verbunden mit einer der Tuberculosis verrucosa cutis sehr ähnlichen Veränderung der Hände und der Füfse.

Lesser bittet, den Fall in der nächsten Sitzung nochmals vorzustellen.

8. Albrecht demonstriert ein 23jähriges Mädchen, welches im September 1902 **Lues** acquirierte. Hg-Injektionsbehandlung. Sieben Monate nach der Infektion entstand ein **apoplektischer Insult** mit Lähmung der rechten Seite und Sprachstörung.

Diskussion: Wolters-Rostock hält diese Fälle für relativ häufig. Von seinen Beobachtungen erwähnt er zwei, die tödlich verliefen; der eine endete unter den Symptomen der Bulbärparalyse acht Monate nach der Infektion letal.

Lippmann erinnert an die häufigen Beschreibungen frühsyphilitischer Hirnerkrankungen (Fournier).

H. Isaac citiert die Anschauungen von Gowers, der diese Fälle für selten hält, namentlich bei so jungen Individuen. Je älter die Kranken sind, wenn sie Lues erwerben, desto häufiger seien diese Hirnattacken.

Lesser glaubt nicht an den Einfluls des Alters. Dagegen sprechen die schweren Hirnerkrankungen hereditärsyphilitischer Kinder.

9. Hannemann demonstriert einen älteren Mann mit atypischer **Psoriasis vulgaris**.

10. Albrecht spricht über drei Fälle von **Menièrescher Krankheit** bei Syphilis und deren Heilung durch spezifische Therapie:

a) 60jähriger Mann, Infektion vor 30 Jahren, Menières Symptomenkomplex seit zwölf Jahren.

b) Mann, Infektion vor zehn Jahren, Menières Komplex seit zwei Jahren.

c) Junges Mädchen, Infektion 1896, Menières Komplex im September 1902, nach Heilung Rezidiv im Mai 1903.

Diskussion: Rosenthal citiert zwei in früheren Jahren in der Gesellschaft demonstrierte Fälle dieser Krankheit (Lewin, Rosenthal).

Lesser erwähnt, dafs der Menièresche Symptomenkomplex besonders im Frühstadium der Lues vorkomme.

11. Lipmann-Wulf demonstriert einen Patienten, der als 52jähriger Mann an **Psoriasis** erkrankte. Zwei Jahre später stellten sich Gelenkerscheinungen ein, erst an den Fingern, dann an Schultern, Hals, Wirbelsäule und zuletzt an den Beinen, so dafs er völlig invalide ist. Am Röntgenbild treten die Veränderungen der Finger gut hervor. Vortragender schliefst sich nicht der Ansicht von Adrian an, welcher die Gelenkerkrankung als eine eigene Arthropathia psoriatica ansieht, sondern macht auf den nicht seltenen Zusammenhang von Gicht und Psoriasis aufmerksam, sowie auf die pathologische Belastung des Patienten durch Alkoholismus und Arthritis deformans des Vaters.

Sitzung vom 7. Juli 1903.

1. Seegall demonstriert einen Mann mit **Lichen ruber verrucosus** und **planus**.

2. Buschke demonstriert einen kyphoskoliotischen Mann, dessen oberflächlich liegende Nervenstämme fast alle mit Fibromen besetzt sind. Bei dieser **Neurofibromatosis** besteht keine Sensibilitätsstörung oder Parästhesien. Doch besteht Arteriosklerose, Milzschwellung, Urticaria.

3. Buschke demonstriert einen Arbeiter, dessen **Fingernägel** fast alle **gelblichweifs** sind. Die Farblosigkeit ist unregelmäfsig verteilt, einzelne Nägel sind fast im ganzen verändert. Die Nagelsubstanz ist normal. Entstehung vielleicht nach Erfrieren vor vier Jahren, seit welcher Zeit der Zustand besteht.

Diskussion: Heller glaubt, dafs Kalk- und Mörtelarbeit die Nagelveränderung erzeugt haben könnten.

4. Buschke demonstriert einen Mann, welcher an eigentümlichen, streifen- und netzförmig angeordneten Erythemen der Unterschenkel leidet. Die Natur des pathologischen Vorganges ist mit Sicherheit nicht anzugeben.

5. Bäumer demonstriert einen 14jährigen Knaben mit **Granulosis rubra nasi** (Jadassohn). Die Affektion besteht seit dem sechsten Lebensjahre, soll nach Erfrierung entstanden sein.

Diskussion: Blaschko hat von energischen Schälprozeduren keinen therapeutischen Effekt gesehen.

6. Adler demonstriert eine Frau, welche drei Monate nach der syphilitischen Infektion an einer **Entzündung der Sehnenscheiden und der oberflächlichen Schleimbeutel an den Handrücken** erkrankt ist.

7. H. Rosenthal demonstriert einen 68jährigen Mann, welcher vor einem Jahre wegen einer, akutem, papulösem Ekzem ähnlichen, weit ausgebreiteten Eruption zur Beobachtung kam. Nachdem dieser Ausschlag abgeheilt war, entstand vor kurzem, besonders an Hals und Brust, ein stark juckender Ausschlag von ganz anderem Typus, zugleich zeigte sich, dafs die oberflächlichen Lymphdrüsen am ganzen Körper vergröfsert waren (faustgrofse Cubitaldrüse rechts). Milzvergröfserung und Knochen-

schmerz bestand nicht. Das Blut wies eine leichte Vermehrung der weifsen Blutkörperchen auf. Der Fall wird in das Gebiet der **Lymphodermia perniciosa** (Kaposi) gestellt.

Diskussion: Lassar betrachtet das juckende Exanthem als eine Art Prurigo (Prurigo regionalis) und die Drüsen als die Folge derselben. Er hat diese Form bei alten Leuten gesehen und kennt ihren (sekundären) Übergang in Leukämie.

Buschke: Die lymphomatöse Erkrankung geht dem Exanthem voran, ist seine Ursache, wie er in seiner Arbeit über Prurigo lymphatica (cf. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 37, S. 70) ausgeführt hat. Die Lymphome sind hier generalisiert und nicht regionär, den Kratzstellen benachbart, wie bei der gewöhnlichen Prurigo.

Pinkus schliefst sich Buschkes Ansicht an, dessen Prurigo lymphatica er als Folge der lymphomatösen Hyperplasie irgend welcher Ursache ansieht. Der Fall stellt eine Urticaria papulosa-ähnliche Erkrankung bei Lymphomatose dar, nicht die ein typisches Bild gewährende Lymphodermia perniciosa. Er reiht sich den Fällen von E. Wagner und Joseph an. Es besteht keine Beziehung oder Ähnlichkeit mit der Prurigo Hebras, welche wohl zuweilen eine Lymphocytose aufweist, aus deren örtlichen Lymphdrüsenbubonen aber noch nie eine Leukämie hervorgegangen ist.

Lassar begründet seine Ansicht. Es sei Konvenienz, was Prurigo zu nennen sei. Sie kann in jedem Lebensalter entstehen.

Lesser: Prurigo ohne weitere Bezeichnung ist nach unserer Nomenklatur die Prurigo Hebras. Zu dieser gehören die hier besprochenen Fälle nicht.

Blaschko führt als Beweis für die ätiologische Bedeutung der Lymphome für die Hauteruption seinen Fall auf (Sitzung vom 6. Februar 1900), in welchem wie in einem Experiment das Jucken nach Exstirpation des Lymphosarkoms am Halse auf hörte, mit dem Rezidivieren des Tumors wieder begann.

H. Rosenthal sieht die Drüsentumoren für wahrscheinlich lymphosarkomatös an.

8. Buschke demonstriert: a) Moulagen eines Lichen ruber verrucosus, dessen grofse Herde von follikulären Knötchen umgeben sind; b) Aquarelle von dem in der vorigen Sitzung demonstrierten Mann mit Lichen ruber planus + acuminatus.

9. Meyerhardt demonstriert ein junges Mädchen, welches (aufser einer als Folge von Pediculi capitis anzusehenden Dermatitis faciei) an der Stirn tumorartige Exkrescenzen zeigt, die an **Mykosis fungoides** erinnern. Das Blut weist leichte Leukocytose und Vermehrung der eosinophilen Zellen auf.

Diskussion: Lesser bittet, den interessanten, aber nicht ganz aufgeklärten Fall später nochmals vorzustellen.

10. Hoffmann demonstriert einen Mann mit **Ulcus molle am linken Knie** (neben Ulcus molle penis), mikroskopische Präparate und Streptobacillenreinkulturen, sowie Moulagen anderer Fälle von extragenitalem Ulcus molle (an den Fingern).

11. H. Isaac bespricht einen Fall von **Fibrinausscheidung im Urin**. Die Fibrinflocken stammen aus den Nieren, wie Cystoskopie und Ureterenkatheterismus bewies. Die Ursache ist nicht aufgeklärt; trotz des Fehlens von Tuberkelbacillen scheint aber die Annahme einer Tuberkulose der Niere wahrscheinlicher als die eines Tumors.

Diskussion: Goldschmidt berichtet über den cystoskopischen Befund.

Porther berichtet über die bei diesem Fall in der Klinik von Casper angestellten Untersuchungen bezüglich der Nierenfunktion: Die rechte Niere ergab klaren, eiweifsfreien Urin, die linke Fibrin und Blut. Auf dieser Seite waren Phloridzinzucker und Gefrierpunkt etwas herabgesetzt. Da diese Herabsetzung bei Tuberkulose, auch im ersten Beginn, ganz erheblich ist, bei Tumoren aber nur gering, sprach dieser Befund für das Vorhandensein eines Tumors.

Mankiewicz vergleicht die Fibrinkörnchen mit den Reiskörperchen der tuberkulösen Gelenke.

Rothschild erwähnt, daſs in einem von ihm beschriebenen Fall (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 50) $^3/_4$ Jahre lang nichts von einem Tumor nachweisbar war, daſs die weitere Gerinnselausscheidung durch ein vorgelagertes Konkrement verhindert wurde, und daſs spätere Untersuchung und die Operation ein Sarkom ergab.

12. Sergall berichtet über Versuche mit **Hg hermophenylicum zur Syphilistherapie.** Tägliche Injektionen von 2,0 einer 2%igen Lösung wurden meist gut vertragen, doch lieſs der Erfolg zu wünschen übrig. Mehrmals trat bereits während oder kurz nach der Kur ein Rezidiv ein. Das Mittel wird keine Rolle in der Syphilistherapie spielen. Bei Blennorrhoe ergab die Verwendung von $^1/_{10\,000}$ bis $^1/_{500}$, dreimal täglich fünf Minuten einzuspritzen, nur ausnahmsweise ein befriedigendes Resultat.

13. Hannemann bespricht den in der vorigen Sitzung vorgestellten **Fall von atypischer Psoriasis.** Bemerkenswert ist, daſs nach 70 Atoxylinjektionen (0,5—1,0 einer 20%igen Lösung täglich), welche der Kranke von anderer Seite erhalten hatte, zwar alte Herde abheilten, daſs aber Ataxie, Parästhesien, körperliche Schwäche eingetreten waren, an den Injektionsstellen neue Psoriasisherde auftraten. Energische Psoriasisbehandlung mit Teer und Chrysarobin versagte wegen der Neigung zu Dermatitis.

Diskussion: Schild hält die Atoxyldosis für zu hoch; er empfiehlt, zweimal wöchentlich 0,2 zu injizieren. Die nervösen Erscheinungen sind die der Arsenintoxikation.

Wolters hat mit Atoxyl wechselnde Erfolge bei Psoriasis gehabt, gerade wie mit anderen Arsenpräparaten. Auch er hat Rezidive an der Injektionsstelle gesehen und erinnert dabei an die beschriebenen Psoriasisausbrüche nach Impfungen bei Menschen mit „latenter" Psoriasis.

Rosenthal findet, daſs Acid. arsenicos. bei Psoriasis stärkere Wirkung ausübt als Atoxyl.

Lassar bittet, die Wirkung des Atoxyl bei Psoriasis nicht zu überschätzen. Die Psoriasisheilversprechungen mit diesem Mittel seien von der chemischen Industrie und Reklame, aber nicht von Ärzten ausgegangen.

Breslauer dermatologische Vereinigung.

Sitzung am 27. Juni 1903 im Allerheiligen-Hospital.

Originalbericht von Löwenheim-Liegnitz.

1. Herr Klingmüller demonstriert ein **Tuberkulid.**

2. Herr Siebert die Moulage eines **circumskripten Lymphangiom** am Fuſsrücken und

3. einen **Lupus erythematodes.**

4. Herr Strassmann zeigt einen Kranken mit einem **Gumma am Unterschenkel,** welches sich im Anschluſs an ein Trauma daselbst entwickelt hat, sowie

5. ein ausgedehntes **Ulcus,** das infolge von **Röntgenbestrahlung** am Rücken entstanden ist.

6. Herr Hartung demonstriert einen Patienten mit starker Verdickung des Unterschenkels infolge **luetischer Periostitis.**

7. Herr Schirmacher stellt einen Patienten mit **„Urticaria perstans"** vor, bei dem juckende Knötchen zu sehen sind, welche dem Lichen ruber ähneln. Arsen war ohne Erfolg, jedoch schien Karbol wirksam zu sein.

Herr Schäffer hat einen ähnlichen Fall gesehen, welcher ebenso wie der heutige nach Herrn Neissers Ansicht dem Lichen ruber verrucosus sehr nahe kommt.

8. Derselbe zeigt einen Fall von **annulärem kleinpapulösen Syphilid** an der Schulter und in der Axilla.

9. Herr Ortmann faſst einen Fall von **Nephritis** als syphilitisch auf, bei welchem die Eiweiſsmenge bis auf 24‰ sich erhob, die Urinmenge bis auf 400 ccm gefallen war, während nach Quecksilberanwendung die Affektion abheilte.

Herr Neisser gibt nur die Möglichkeit des Bestehens einer luetischen Nierenentzündung zu, während Herr Harttung diese für sehr wahrscheinlich hält, zumal nur wenige Zellelemente im Urin nachgewiesen wurden.

10. Herr Harttung stellt eine Frau mit **papulösem Syphilid** vor, bei der nur eine wiederholte Behandlung mit Kalomeleinspritzungen den luetischen Kopfschmerz beseitigen konnte. Die Krankheit bestand erst seit einem Jahr.

11. Derselbe zeigt einen ähnlichen Fall, eine ältere Frau, die mehrere Aborte durchgemacht und wegen eines **Gumma** 45 Einreibungen erhalten hatte. Die sich wieder einstellenden Kopfschmerzen mit folgender **Hemiplegie** konnten aber nur durch Kalomelinjektionen geheilt werden.

Herr Oppler macht auf die Nachteile der Kalomeleinspritzungen, gröſsere Schmerzen und Durchfälle, aufmerksam, welche letztere, mit Opium zu stillen, Herrn Harttung stets gelungen ist. Herr Neisser stellt die besondere Schmerzhaftigkeit in Abrede und spricht sich energisch für die Quecksilberbehandlung in den Anfangsstadien der Paralyse aus, da manche Fälle heilbar, die als wirkliche Gehirnsyphilis aufzufassen sind.

12. und 13. Herr Klingmüller stellt zwei Fälle von **Psoriasis** vor, von denen der eine **Leukopathie** zeigt, während der andere besonders empfindlich gegen Reizung ist, ferner

15. einen **Lichen scrophulosorum** und

16. ein **Ekzema scrophulosorum**, die beide auf Tuberkulin reagierten.

17., 18., 19. Herr Harttung zeigt zwei Arbeiter mit **Erythema Bazin**, die namentlich an den Extremitäten harte Infiltrate unmittelbar unter der Haut haben. Er faſst die Krankheit als Tuberkulose des Fettgewebes auf und hält sie für durchaus nicht selten. Er hat aufserdem noch zwei bereits früher vorgestellte Fälle gesehen, von denen der eine Patient schwer krank und infolge einer arteriellen Embolie daniederliegt.

20. Herr Beermann stellt einen Patienten mit **Dermatitis herpetiformis**, bei welchem nach grofser Prostration Arsen Besserung brachte. Eosinophilie lieſs sich nachweisen.

21. Bei einem zweiten Kranken traten unter Fieber, Jucken und starker Erschöpfung Schübe von **Blasen** auf. Eosinophilie fehlte. Die Krankheit läſst sich vielleicht als **Ecthyma** bezeichnen, dessen Ursache innere oder hämatogene **Infektion mit Streptokokken** war, wie sich bakteriologisch nachweisen lieſs. Therapeutisch bewährten sich Schwefelbäder.

22. Frl. Dübendörfer stellt eine Dame mit circinären Herden von **Lichen ruber planus** vor, der günstig von 10%igem Sublimat Tinct. Benzoës beeinfluſst wurde. Infolge der Arsenmedikation waren zwei Zosteren, Neuritis und Peroneuslähmung aufgetreten.

23. Herr Halberstädter zeigt ein junges Mädchen mit einer bis auf den Knochen gehenden **hysterischen Ulceration.**

24. Herr Linser stellt einen Kranken mit **allgemeiner Hautentzündung** (Dermatitis exfoliativa generalisata) vor, der infolge seiner Krankheit 30 kg an Gewicht verloren hat.

25. Herr Halberstädter demonstriert einen mit Röntgenstrahlen geheilten Fall von **Carcinom der Ohrmuschel.**

26. Herr Urban hat die Heilung eines **Gumma** der Stirn durch Kompression günstig beeinflufst.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band X. Heft 2. 1903.

I. **Dermatitis follicularis et perifollicularis conglobata,** von Ludwig Spitzer-Wien. Wenn man mit „Akne" eine Krankheit bezeichnet, die vom Follikel ausgeht, so werden vielfach Affektionen unter „Akne" subsumiert, die mit dem Follikel gar nichts zu tun haben, andererseits gibt es Krankheitsbilder, die sicher vom Follikel ausgehen und doch einer Akne auch nicht im entferntesten ähnlich sehen. Für diese sollte man auf alle Fälle die anatomische Bezeichnung Folliculitis wählen.

Verfasser beschreibt einen Fall, welcher wegen der mit den Follikeln zusammenhängenden entzündlichen Erkrankung anatomisch zur Akne zu zählen wäre, wegen des klinischen Bildes aber sich in keine der bekannten Krankheitsgruppen einreihen liefs.

Der 24jährige Patient war früher stets gesund. Im April 1899 bekam er während seiner militärischen Dienstzeit auf dem Rücken massenhaft, linsengrofse, rote Knötchen, die von selbst aufbrachen und Eiter entleerten. Später bildeten sich gröfsere und tiefsitzende Knoten am Gesäfs, die zumeist unter Bäderbehandlung verschwanden, um nach einiger Zeit neuen Platz zu machen. Im weiteren Verlaufe bildeten sich Knoten in der Achselhöhle, am Nacken und Hinterhaupt. Vielfach wurden sie als Atherome angesehen und auch danach behandelt.

Zurzeit sieht man beim Patienten über hundert Erkrankungsherde, die sich in verschiedenen Entwicklungsstadien befinden. Sie beginnen als stecknadelkopfgrofse, blaurote Knötchen mit Komedonen in der Mitte, oder auch ohne einen solchen, wachsen ziemlich rasch und lassen, wenn sie etwa Bohnengröfse erreicht haben, Zerfall im Innern erkennen. Kommt es zum Durchbruch der Hautdecke, so entleert sich aus dem Knoten eine bräunliche, bröckelige, mikroskopisch zahlreiche Eiterzellen, Epithelien und Riesenzellen enthaltende Masse.

Am Hinterhaupte bot sich ein Krankheitsbild dar, welches der von Kaposi beschriebenen Dermatitis papillaris sehr ähnlich war.

Die Rückenhaut namentlich zeigte an den zahlreichen mehr oder weniger flachen Narben, welche Verwüstung die Affektion bei dem im übrigen sehr gesunden Patienten angerichtet hatte.

Aus den histologischen Befunden geht hervor, dafs es infolge eines chronisch entzündlichen Reizes der Hornmassen zu Veränderungen der Wand, zur Entwicklung eines sehr zellreichen Granulationsgewebes in der Umgebung des Follikels, sowie zur Ausstülpung und Wucherung des Epithels kommt. Bei Hinzutritt einer bakteriellen

Infektion als eines sekundären Faktors kommt es zur Vereiterung, zur Einschmelzung des Granulationsgewebes, zu entsprechend tiefem Zerfall, zur Unterminierung des Unterhautzellgewebes, schliefslich zu ausgedehnten, oft keloidartigen Narbenbildungen.

II. **Über multiple, spontane Keloide**, von M. Tschlenow-Moskau. Nach einem Überblick über die einschlägige Literatur teilt Verfasser die Krankengeschichte eines 18jährigen Fabrikarbeiters mit, der vor zwei Jahren ohne sichtbare Ursache an verschiedenen Körperstellen Knoten bekam. Zurzeit hat er im ganzen 431 Tumoren, von denen 270 auf dem Rumpf, 87 auf den oberen, 60 auf den unteren Extremitäten und 14 an den Genitalien sich befinden. Der Patient zeigt gleichzeitig zahlreiche Akneknötchen, Atherome, Milien, Komedonen, also Veränderungen seitens der Talgdrüsen, die zur Vermutung Anlafs geben, dafs die Entwicklung der Keloide im Zusammenhang mit der Akne steht. (Verfasser vertritt diese Ansicht jedoch nicht mit derjenigen Entschiedenheit, die man gerade in seinem Falle erwarten würde. Kaum ein zweiter in der Literatur publizierter Fall erfüllt die Postulate für einen Zusammenhang der Keloide mit der Akne, wie der vom Verfasser beschriebene:

1. Beginn um die Pubertätszeit. Der Patient ist bei Ausbruch der Keloide 16 Jahre alt. Innerhalb der nächsten zwei Jahre entwickeln sich alle Tumoren.

2. Prädilektionsstellen auf Brust und Rücken. Von 431 Keloiden befinden sich 270 am Rumpf.

3. Gleichzeitiges Auftreten von anderen durch Störung der Talgdrüsenabsonderung bedingten Prozessen, Komedonen, Akne, Atheromen, Milien. Weshalb nun Verfasser nur für einige Keloide und nicht für die gröfsere Mehrzahl die Möglichkeit dieses Zusammenhanges zugeben will, vermögen wir nicht einzusehen. Denn dafs die meisten durch die anderen Ursachen, wie Stofs, Schlag, Stich, sonstige äufsere Irritamente gerade innerhalb des erwähnten Zeitraumes von zwei Jahren entstanden sein sollen, ist wohl kaum wahrscheinlich. Ref.)

Seine Betrachtungen resumiert der Verfasser in folgenden Schlufssätzen:

1. Unter dem Namen „Keloid" versteht man eine besondere Hautaffektion, welche in mancher Hinsicht an eine Neubildung erinnert, und welche für's erste bis zu einer genaueren Erklärung ihrer Ätiologie zur Gruppe der Neubildungen und zwar der Fibrome zu rechnen ist.

2. Zur Gruppe der Keloide gehören nur die sogenannten „primären" (entsprechend der Bezeichnung früherer Autoren „wahren") und „sekundären" („Narben-") Keloide. Die hypertrophische Narbe mufs streng aus dieser Gruppe ausgeschieden werden.

3. Sowohl die klinischen, als auch die histologischen Befunde zeigen, dafs die frühere strenge Einteilung der Keloide in primäre und sekundäre keinen berechtigten Grund hat, da diese beiden Arten von Keloiden sich nach ein und demselben Typus des Narbenprozesses entwickeln. Trotzdem kann eine solche Einteilung im Interesse der Bequemlichkeit für das klinische Denken beibehalten werden.

4. Die histologischen Veränderungen beim Keloid sind auf eine verstärkte Wucherung des Bindegewebes (mit gleichzeitigem Untergang des elastischen Gewebes) längs den Blutgefäfsen zurückzuführen, wobei als Ausgangspunkt dieser Veränderungen das Cutisgewebe anzusehen ist, zu denen sich sekundäre Veränderungen hinzugesellen.

5. Die früher gültigen histologischen Unterschiede zwischen den „primären" und „sekundären" Keloiden (hauptsächlich Erhaltung der papillären Schicht bei ersterer und Zerstörung derselben bei der zweiten) können nicht mehr als wesentliche angesehen werden.

6. Die Ätiologie der Keloide mufs als dunkel bezeichnet werden.

7. Als Hauptgrund für die Entwicklung der Keloide mufs man bisher eine besondere, persönliche, familiäre oder Rassendisposition ansehen, woher die Haut auf

häufig nur ganz unbedeutende Reize mit Keloidbildung reagiert (dabei aber nicht auf jeden Reiz und nicht an allen Stellen). Hierdurch erklärt sich auch die ganz aufserordentliche Neigung der Keloide zu Rezidiven.

8. Was die Pathogenese der Keloide anbetrifft, so spielt das Gefäfssystem bei Entwicklung derselben eine unzweifelhaft sehr grofse Rolle, aber über die genauere Beteiligung desselben müssen uns noch weitere Untersuchungen aufklären.

9. Das Keloid stellt weder eine Narbe, noch eine einfache Hyperplasie des Bindegewebes dar und unterscheidet sich auch in seinem Bau von dem infektiösen Granulom und Fibrom, aber die sichere Klassifikation desselben ist augenblicklich noch unmöglich.

10. Die Ursachen für den beobachteten spontanen Stillstand des Wachstums der Keloide sind noch unbekannt. (NB! Erklärt sich aber, wenn man sich die spontanen Keloide — nicht die Narbenkeloide — durch einen chronisch-entzündlichen Reiz, ausgehend von funktionellen Störungen des Talgdrüsenapparates zur Zeit der Pubertätsjahre entstanden denkt. Mit Aufhören dieses Reizes in den späteren Jahren kommt es auch zum Stillstand im Wachstum der Keloide. (Cfr. Berliner, „Über spontane und Narbenkeloide". *Diese Zeitschr.* Bd. 34. Ref.)

11. Die Prognose der Keloide ist im allgemeinen wenig befriedigend.

12. Die Behandlung der Keloide fordert vom Arzt eine grofse Ausdauer und ist im allgemeinen eine undankbare Aufgabe.

III. **Zur Frage über die Eigenschaften des phototherapeutischen Apparates von Prof. Lortet und Dr. Genoud in Lyon,** von S. L. Bogrow-Pospelow. Gegenüber dem Finsenschen Apparate sind, wie aus den Schlufsfolgerungen des Verfassers hervorgeht, die Vorteile des Apparates von Lortet und Genoud:

1. die kurze Dauer der Sitzung (10—15 Minuten, anstatt 1—1¼ Stunden);

2. Anwendung eines schwächeren Stromes (10—15 Amp., anstatt 50—80 Amp. bei derselben Spannung 50—60 Volt);

3. Wohlfeilheit des Apparates und einzelner Sitzungen;

4. Bequemlichkeit der Einrichtung, und

5. vielleicht eine stärkere Reaktion.

Die negativen Eigenschaften sind:

1. schnelles Abbrennen der Kohlen und Ungleichheit der ausgestrahlten Energiemenge, die von der Qualität der Kohlen abhängt;

2. Veränderung des Winkels zwischen den Kohlenelektroden und damit auch des Lichtquantums, welches auf die Quarzplatte fällt, — Nachteile, die durch die Einrichtung eines Regulators ausgeschlossen werden könnten, und

3. Notwendigkeit einer Herstellung anders konstruierter Kompressoren, sowie auch solcher, welche eine Beleuchtung der Schleimhäute und der Submentalgegend ermöglichen.

IV. **Lichen ruber acuminatus bei einem dreijährigen Knaben,** von J. Heller-Charlottenburg. Ein dreijähriger, kräftig entwickelter, hereditär nicht belasteter Knabe bekam unter Fiebererscheinungen im Dezember 1902 die ersten Anfänge des gegenwärtigen Ausschlages, der sich zurzeit aus einzelnen kleinen, in der Haut liegenden, zinnoberroten, eigentümlich wachsartig durchscheinenden Knötchen zusammensetzt. Dieselben tragen an der Spitze ein kleines Hornknöpfchen und zeigen vielfach die Neigung, mit benachbarten Knötchen zu gröfseren Plaques sich zu vereinigen, welche den hornigen Auflagerungen der Psoriasis ähnlich sind, aber im Gegensatz zu dieser die einzelnen Knötchen deutlich erkennen lassen. Die letzteren erinnern stellenweise lebhaft an die Efflorescenzen des Lichen ruber planus, während die Krankheit im ganzen doch mehr dem Bilde der Pityriasis rubra pilaris entspricht. —

Befallen sind besonders stark der Rumpf, dann auch der Kopf und die Extremitäten. Handteller und Fufssohlen sind mit schuppigen, hornigen Auflagerungen bedeckt. Die Nägel sind hart, spröde, längsgerifft.

Bei der Behandlung wurde das Hauptgewicht auf die interne Arsentherapie gelegt. Der Patient erhielt dreimal täglich Sol. arsenic. Fowleri 5,0, Tinct. Rheivinosae 25,0, dreimal täglich zuerst fünf Tropfen, später bis zu 20 Tropfen der Mischung. Äufserlich kamen Salicyllanolinsalben, Bäder und gegen das intensive Jucken zeitweilig Karbolsublimatsalbe zur Anwendung. Aufserdem wurde eine gute Ernährung, Aufenthalt im Freien und Landaufenthalt verordnet. Im Oktober 1902 war das Kind ganz geheilt. Der Verfasser beschreibt das histologische Bild, in welchem als wichtigster und interessantester Befund das Lichen- und Rundzelleninfiltrat unter dem Hornkegel zu betrachten ist.

Verfasser glaubt auf Grund seiner Beobachtungen, dafs, wenn klinisch der Pityriasis rubra pilaris gleichende Fälle auf Arsen typisch reagieren, histologisch auch die charakteristischen Merkmale des Lichen ruber zeigen, keine Veranlassung vorliege, beide Affektionen von einander zu trennen. Es empfehle sich, der Hauptgruppe des Lichen ruber eine grofse Reihe von Unterabteilungen zu geben. Die histologischen Unterschiede mögen durch das Alter des Kranken, die Dauer der Krankheit bedingt sein.

V. **Über sogenannte Hasenvenerie**, von Theodor Mayer-Berlin. Der Verfasser gelangte im Oktober 1902 in den Besitz eines auf der Jagd erlegten, männlichen Hasen, der wegen „Hasenvenerie" von der Forstbehörde zum Verkaufe und menschlichen Genusse nicht freigegeben war.

Bei oberflächlicher Besichtigung wurden, abgesehen von der Schufswunde, nur am Scrotum auffallende Veränderungen vorgefunden. Dasselbe erwies sich um das Vierfache über die Norm vergröfsert; die Scrotalhaut war gespannt, glatt und mit dem darunterliegenden Gewebe resp. den sich hart anfühlenden Testes fest verwachsen. Auf der rechten Seite fand sich ein ovales Ulcus mit teils bläulich-rotem, teils schmutzig-grau belegtem Geschwürsboden und tiefroten, stellenweise unterminierten Rändern. Eine Kommunikation dieses Geschwüres nach innen zu war nicht vorhanden. Bei der Sektion erwiesen sich die inneren Organe normal; nur die Hoden zeigten pathologische Veränderungen. Ihr Parenchym war in eine gelblich gefärbte, weichliche, vor dem Messer teilweise zerbröckelnde Masse, die eine besondere Struktur nicht mehr erkennen liefs, verwandelt. Histologisch waren Leukocytose, Ansammlungen von Spindelzellen und Erscheinungen von Nekrose des Gewebes die wichtigsten Befunde.

Der Verfasser untersucht nun, um was für eine Krankheit es sich hier handeln könnte, ob die vorliegenden Befunde die bei Jägern und Förstern übliche Bezeichnung „Hasenvenerie" gerechtfertigt erscheinen lassen. Bei Durchsicht der einschlägigen Literatur stöfst Verfasser auf eine Publikation von Bollinger aus dem Jahre 1874, der eine der vorliegenden ähnliche, epidemische Krankheit bei Hasen beschrieben hat. Bollinger betont die Ähnlichkeit der Affektion mit einigen Formen der Impftuberkulose der Kaninchen und der Perlsucht der Rinder, dann aber mit der Syphilis und wollte den bisherigen Namen der Hasenvenerie in Ermangelung eines besseren beibehalten sehen.

Verfasser möchte das Krankheitsbild in seinem Falle, da die Befunde sich mit denen Bollingers nicht ganz decken, in die Reihe der Wundinfektionskrankheiten stellen, bis weitere Beobachtungen und bakteriologische Untersuchungen vielleicht eine andere Klassifizierung gestatten.

VI. **Vitiligo nach Abheilung einer lichenoiden Eruption**, von Felix Pinkus-Berlin. Eine 22jährige, junge Dame zeigte am Nacken und Hinterkopf einen juckenden Hautausschlag, der das typische Bild des Lichen simplex chronicus circumscriptus Vidal (Neurodermitis chronica circumscripta Brocq) darbot. Unter der Behandlung mit Applikationen von Salicylspiritus, später Teersalben, liefs das Jucken nach, und fingen die Lichenefflorescenzen an, sich zurückzubilden. Dies geschah jedoch in einer sonst ungewöhnlichen Weise, indem die Krankheitsherde vom Rande her kleiner wurden. Der Rückbildung folgte genau — ebenfalls eine ungewöhnliche Erscheinung beim Lichen chronicus —, eine Depigmentierung der von der Affektion frei gewordenen Haut. So zeigte sich also bei Beginn der Rückbildung ein Lichen chronicus-Herd von einer weifsen, scharf begrenzten Vitiligozone umgeben, um nach und nach ganz durch einen Vitiligofleck ersetzt zu werden. Es verhielt sich hier ähnlich wie beim Naevus, bei manchen Syphiliden und bei der Psoriasis nach Chrysarobingebrauch. Trotzdem möchte Verfasser im vorliegenden Falle eine nervöse Grundlage für die Vitiligo annehmen, da das befallene Gebiet einen typischen, leicht mit Nervengrenzen in Beziehung zu bringenden Bezirk umfafste. Die Affektion nahm nach dem Headschen Schema die medialen Partien des Hautgebietes des 3. und 4. Cervikalsegments ein und war streng auf die linke Seite beschränkt. Somit würde dieser Fall zu den von Brissaud hervorgehobenen Fällen von systematisierter, im Gebiete bestimmter Dermatome (d. h. von den betreffenden Rückenmarkssegmenten aus innervierter Hautgebiete) gelegener Neurodermitis gehören.

VII. **Eine merkwürdige Warzenform**, von E. Vollmer-Kreuznach. Ein 76jähriger Mann zeigte, wie aus der beigefügten Abbildung, aber nicht aus der Beschreibung hervorgeht, an zwei Fingern je eine längliche Warze, von denen die eine am Mittelfinger vom Hausarzt abgeschnitten worden, nach einiger Zeit wieder nachgewachsen ist. Diese nachgewachsene Bildung wird vom Verfasser als eine circa $1^1/_2$ cm lange, längliche, sich derb anfühlende, warzenartige Fortsetzung der Haut beschrieben. Sie wurde nun „mit der Wurzel" exstirpiert und erwies sich mikroskopisch als ein mit derber Hornschicht umkleidetes Fibrom. Von einer papillenartigen Bildung im Innern des Gewächses war nichts zu sehen. An die Warze erinnerten nur die derbe Beschaffenheit, Sitz und Gestalt. (NB.! Sollte es sich nicht vielleicht um eine keloidartige Narbenbildung handeln? Auch das Keloid fühlt sich derb an. Für die Annahme einer Mischform von Fibrom und Warze ist nötig, dafs vor allem die original e Warze diese Beschaffenheit zeigt. Wie verhält es sich mit der Warze am anderen Finger? Ref.)

VIII. **Eisenbogenlicht contra konzentriertes Kohlenbogenlicht**, von Gunni Busck-Kopenhagen. Verfasser hat bei der Bestimmung der kürzesten Zeiten, in denen es den verschiedenen Lampen gelingt, eine minimale, eben sichtbare Hautreaktion zu erzeugen, andere Resultate als Kromayer erhalten:

1. Konzentriertes Kohlenbogenlicht (80 Ampère) — gewöhnlicher Beleuchtungsabstand: 8 Sekunden.

2. Banglampe (8 Ampère) — $2^1/_2$ cm Abstand. 10 Sekunden.

3. Dermolampe (5 Ampère) — $3^1/_2$ cm Abstand: 40 Sekunden.

Diese Zeiten gelten nur für die Haut der Volarfläche des Antibrachiums, wo die Epidermis besonders dünn ist. Bei Beleuchtung von Hautgebieten mit dicker oder pigmentierter Epidermis würde sich das Verhältnis der Zeiten noch mehr zu Gunsten des konzentrierten Kohlenbogenlichtes verändern. Verfasser bezweifelt, ob die Dermolampe überhaupt im stande sein wird, eine sichtbare Reaktion in der Vola manus oder Planta pedis hervorzurufen.

Die Dauer der einzelnen Sitzung bei der Lupusbehandlung im Finsenschen Lichtinstitute ist zurzeit auf 1¼ Stunde festgesetzt; man kann aber schon in einer viel kürzeren Zeit eine starke Hautreaktion mit Blasenbildung erzielen. Mit der verhältnismäfsig langen Beleuchtungszeit beabsichtigt man einmal eine gröfsere Tiefenwirkung und zweitens die baktericide Wirkung des Lichtes zur Geltung zu bringen. Es werden in Finsens Laboratorium gegenwärtig vergleichende, experimentelle Untersuchungen über einige in der Lichttherapie gebräuchliche Lampen angestellt, über welche demnächst nähere Mitteilungen publiziert werden sollen. *C. Berliner-Aachen.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Band 21. Februar 1903.

I. **Die moralische Ätiologie der Syphilis,** von Prince A. Morrow-New York. Nach einer sehr alten Anschauung sollen die Krankheiten eine Strafe für Vergehungen der Kranken oder ihrer Vorfahren sein. Dieser Glaube besteht heute noch in einzelnen Ländern des Orients, während bei anderen, sogar intelligenten Völkern nur die Syphilis als wohlverdiente Ahndung wegen Vergehens gegen die Keuschheit angesehen wird. Im Mittelalter hat man auch die Pest, die Lepra, die Pocken für göttliche Strafen erklärt. Dieser Glaube oder Aberglaube hat bis in die neueste Zeit hinein vielfach ein Hindernis gebildet, energische Mafsregeln gegen die Ausbreitung der venerischen Krankheiten zu ergreifen. Schon mit Rücksicht auf die zahlreichen unschuldigen Opfer, welche der Syphilis anheimfallen, sollten die letzten Keime solch uralter und mittelalterlicher Anschauungen unterdrückt werden.

II. **Die Histogenese der Schuppen und Krusten,** von R. Sabouraud-Paris. An der Schuppen- resp. Krustenbildung sind wesentlich zwei Prozesse beteiligt:

1. Die Exocytosis, d. i. eine Durchwanderung von Leukocyten durch die ganze Dicke der Epidermis und Verbreitung über die Hautoberfläche oder innerhalb des Stratum corneum.

2. Die Exoserosis, d. i. die Exsudation einer serösen, vom Derma kommenden und durch die Epidermis sich ergiefsenden Flüssigkeit.

Als sekundäre Reaktion der Epidermis gegenüber der Exoserosis und Exocytosis ist

3. die Hyperkeratosis anzusehen.

III. **Zur Histologie des Zoster,** von S. Pollitzer-New York. Der Verfasser hat bei der mikroskopischen Untersuchung eines Zosterbläschens in einem Falle einige von dem gewöhnlichen histologischen Bilde abweichende Befunde konstatiert. Das Bläschen war deutlich sichtbar, aber trotz genauesten Suchens konnte keine der üblichen Veränderungen im Rete Malpighii entdeckt werden. Das Bläschen lag direkt über der Mündung eines Haarfollikels. Seine Decke bildete eine dünne Lage des Stratum corneum; sein Inhalt bestand aus einem klaren, serösen Teil oben und einer Masse von Rundzellen unten. Den Boden des Bläschens schienen die unteren Schichten des Stratum corneum zu bilden, unter denen das Rete Malpighii scheinbar unverändert war. Vielmehr fanden sich die wesentlichsten histogenetischen Veränderungen im Haarfollikel. Die Masse der Rundzellen am Boden des Bläschens hatte die Gestalt eines umgekehrten Kegels, dessen Spitze genau innerhalb der Follikelmündung lag. Von dieser Spitze ausgehend konnte man eine Reihe von Rundzellen längs des Haares in den Follikel hinein bis etwa zur Hälfte desselben verfolgen, wo dieselben dann in gröfserer Anzahl sich zusammenfanden, und wo ein umschriebener Teil der äufseren Wurzelscheide des Haares eine Degeneration aufwies, welche derjenigen, sonst in der Malpighischen Schicht gefundenen analog war.

Es handelt sich hier also um einen Herpes zoster, der ausschliefslich das Rete Malpighii des Haarfollikels befallen hat.

IV. **Über den Wert der Radiotherapie bei Haut- und anderen Krebsen,** von Ch. W. Allen-New York. Von 47 Fällen, die Verfasser behandelt hat, endeten letal 5, wurden als geheilt entlassen 25, unterbrachen gebessert die Behandlung 3, nicht gebessert 5, sind gebessert und zurzeit noch in Behandlung 9.

Die Schlüsse, die Verfasser aus seinen Beobachtungen zieht, sind folgende:

1. Die X-Strahlen besitzen eine entschiedene therapeutische Kraft, können aber auch eine bedeutende nachteilige Wirkung hervorrufen.

2. Die X-Strahlenbehandlung ist in sachverständigen Händen keine Spielerei, sondern eine therapeutische Maßnahme von hervorragendem Werte.

3. Die Wirkung der Methode kann bisweilen darin bestehen, schwere Erscheinungen in inneren Organen, z. B. Herz, Lungen, hervorzurufen und so indirekt auf eine rasche Elimination der ins Blut gelangten schädlichen Stoffe einzuwirken.

4. Metastasen treten bisweilen in schweren Krebsfällen rapider als sonst auf.

5. Auf Narben, die durch X-Strahlen erzielt worden sind, kann sich bei hierzu disponierten Personen Krebs entwickeln.

6. Die X-Strahlendermatitis und viele ihrer guten Effekte hängen von dem Abstande der Röhre und dem Grade der Erhitzung der Anode ab.

7. Die Röhre kann bisweilen in einen brennenden Zustand übergehen, den man kennen lernen muß, um seine schädliche Wirkung zu vermeiden.

8. Auf die X-Strahlenmethode kann man sich nicht in allen Fällen von Krebs verlassen.

9. Bei den knotigen, warzenartigen und trockenen Hauttumoren soll man erst andere Mittel zu deren Beseitigung, besonders die Arsenikpaste, und dann die X-Strahlen anwenden.

10. Die unterschiedslose Applikation der Röntgenstrahlen bei allen möglichen Krankheiten kann die an sich sehr wertvolle, bisweilen wunderbar wirkende Methode nur in Mißkredit bringen.

Band 21. April 1903.

I. **Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées,** von Ch. J. White-Boston. Der 44jährige Patient mußte bei seiner Berufstätigkeit fast den ganzen Tag stehen. Im Jahre 1898 stellte er sich zum ersten Male in der Hautklinik mit einem makulösen, aus tiefroten Flecken bestehenden Ausschlage am Körper vor. Die Drüsen waren beiderseits symmetrisch infiltriert. Es wurde damals in Frage gestellt, ob es sich nicht um beginnende Mykosis fungoides handeln könnte. Im April 1901 bemerkte der Patient, daß sein rechter Fuß geschwollen und die zweite Zehe blau, kalt und sehr schmerzhaft war. Es entwickelte sich trockene Gangrän, die schließlich die Amputation der Zehe erforderlich machte.

Der oben erwähnte makulöse, seit nunmehr zwölf Jahren bestehende Ausschlag hatte sich nur wenig verändert. Er verursachte kein Jucken und Brennen. Auf Druck verschwanden die hellrosaroten Flecke. Befallen waren der Rumpf, am stärksten die Extremitäten, namentlich die Oberschenkel. Frei blieben Hände, Penis, Scrotum. Einzelne Flecke zeigten eine leichte, kleienförmige, trockene Abschuppung.

Die Untersuchung des Blutes ergab:

Polynukleäre neutrophile Zellen	62,8%
Kleine Lymphocyten	20,0%
Große „	7,6%
Eosinophile Zellen	5,6%
Übergangsform	4,0%
Hämoglobin	85,0%

Die mikroskopische Untersuchung eines vom Oberschenkel excidierten kleinen Fleckens ergab Befunde, die sich im wesentlichen mit den früheren Befunden desselben Verfassers und anderer Autoren deckten, vor allem:

1. Bildung eines Netzwerks von nicht nukleären Hornzellen des Stratum corneum.
2. Fehlen des Stratum lucidum.
3. Starke Atrophie oder totale Abwesenheit des Stratum granulosum.
4. Stellenweise Kompression der Retezellen und Reduktion der das Stratum spinosum zusammensetzenden Schichten; Fehlen der Palisadenschicht.
5. Ödematöser Zustand des Coriums.
6. Reduktion der Elastinmenge.

Hinsichtlich der Pathogenese der Affektion spricht Verfasser die Vermutung aus, daſs die Zirkulationsstörungen, welche zur Gangrän der Zehe geführt haben, auch an dem Fleckenausschlage schuld sein mögen.

II. **Myositis syphilitica,** von J. A. Fordyce - New York. Nach einem kurzen Rückblick auf die einschlägige, im ganzen spärliche Literatur beschreibt Verfasser drei Fälle von syphilitischer Myositis, die verschiedenen Typen angehören.

Der erste Fall betraf einen 35jährigen Mann mit manifesten Sekundärerscheinungen in Form von groſspapulösen Syphiliden am Stamm. Der linke Sterno-cleido-mastoideus war in seiner ganzen Länge geschwollen, hart und resistent. Innerhalb von zwei Wochen ging unter lokaler und allgemeiner spezifischer Behandlung die Schwellung bedeutend zurück.

Fall 2 zeigte eine Kombination des interstitiellen und gummösen Typus der Myositis. Es handelte sich um einen 30jährigen Patienten, der vor fünf Jahren Syphilis acquirierte, aber nur sehr unzulänglich behandelt worden war. Vor fünf Monaten bekam er leichte Schmerzen im rechten Sterno-cleido-mastoideus und konnte den Kopf nicht gut drehen.

Gegenwärtig ist der Muskel geschwollen, ragt aus den benachbarten Teilen etwas hervor und hat einige fistulöse Öffnungen, aus welchen eine seropurulente Flüssigkeit herausflieſst. Das Bild erinnert an eiternde Lymphdrüsenknoten, unterscheidet sich aber wiederum von solchen dadurch, daſs der Sterno-cleido-mastoideus in seiner ganzen Länge in Mitleidenschaft gezogen ist.

Fall 3 betrifft eine 40jährige Frau mit sekundären, papulo-pustulösen Syphiliden. Eine Schwellung über dem rechten Sterno-mastoideus vereiterte, brach auf und hinterlieſs unregelmäſsig begrenzte Geschwüre. Unter spezifischer Behandlung heilten dieselben ab und ging die Muskelschwellung, allerdings langsam, zurück.

III. **Eine neue Form von Röntgenröhre,** von Ch. W. Allen-New York. Diese nach den Angaben von Dr. M. Franklin konstruierte Röhre gestattet den aus derselben austretenden Strahlen, mit gleicher Intensität nach allen Richtungen hin sich zu verbreiten.

Band 21. Mai 1903.

I. **Ein Fall von Paget's Disease der Brustwarze,** von G. T. Jackson-New York. Die Affektion begann bei der 68jährigen Frau vor circa drei Jahren mit einem Schmerzgefühl unter der rechten Brustwarze und dem Erscheinen einiger Tropfen Blut. Seit der Zeit hat die Krankheit beständig Fortschritte gemacht.

Die erste Untersuchung der Patientin stellte eine etwa silberdollargroſse, scharfbegrenzte, gerötete, stark infiltrierte Partie um die rechte Brustwarze herum fest. Diese war fast vollständig verschwunden. Die rechte Brust war atrophisch, überall waren harte Massen durchfühlbar. Eine bemerkenswerte Vergröſserung der Achselhöhlendrüsen war nicht vorhanden. Die Patientin war in der letzten Zeit abgemagert

und schwach geworden. Die ganze rechte Brust, Teile des Musculus pectoralis und die Achselhöhlendrüsen wurden operativ entfernt. Drei Wochen später, nachdem die Patientin sich von der Operation zu erholen anfing, erkrankte sie mit Ohnmachtsanfall, Schmerzen im Abdomen, Lebervergrößerung. Es folgte Ascites, starke Prostration und innerhalb von drei Tagen der letale Exitus. Die mikroskopische Untersuchung von erkrankten Teilen der Brust und der Brustwarze ergab als wesentlichste Hautveränderungen Infiltration in der Papillenschicht, Proliferation und Degeneration der Epidermis, beginnend in der tieferen Lage der Stachelzellen, Verlängerung der interpapillären Zapfen, schließlich die Anzeichen vollständiger Ulceration, alles in allem die typischen Merkmale der Paget'schen Krankheit oder der malignen, papillären Dermatitis. Es handelt sich um einen deutlich entzündlichen Prozeß, der sich vom akuten Ekzem durch seinen von Anfang an degenerativen, in vollständige Ulceration endigenden Verlauf unterscheidet.

Verfasser erörtert eingehend die Frage, ob die Paget'sche Krankheit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem so häufig vergesellschafteten Carcinom mammae steht. In dem vorliegenden Falle zeigten die Veränderungen in den Drüsenteilen, besonders den Milchgängen, eine ähnliche Beschaffenheit wie in der Haut.

II. **Einige therapeutische Eigenschaften des Knochenmarks**, von Ch. Watson. 1. Das Knochenmark enthält eine Substanz oder Substanzen von deutlich therapeutischem Werte in der Behandlung einiger Hautkrankheiten.

2. Es ist nicht das sogenannte „rote Mark", sondern das gewöhnliche Mark in dem Schaft der langen Röhrenknochen. Das Präparat ist ein ätherisches Extrakt, genannt „Myelocene", und wird von J. F. Macfarlane & Co. in Edinburgh angefertigt.

3. Bei der Auswahl und Herstellung der in Rede stehenden Substanz ist die äußerste Sorgfalt zu beobachten.

4. Myelocene ist nicht antiseptisch und darf nicht ohne weiteres auf bloßgelegte Hautstellen, wie eine gewöhnliche Salbe, appliziert werden. Diese Schwierigkeit kann durch Zusatz anderer Substanzen mit antiseptischen Eigenschaften, z. B. von Borsäure, leicht beseitigt werden.

Verfasser illustriert an einem Falle von Lupus vulgaris die gute Wirkung der Behandlung mit „Myelocene".

III. **Sekundäre Ausschläge bei Variola**, von J. F. Schamberg - Philadelphia. Bekannt und oft beschrieben ist das Auftreten von Prodromalausschlägen bei Variola. In einer Anzahl von Fällen geht dem Ausbruch der Pocken ein masernartiges oder scharlachähnliches oder Purpura-Exanthem oder eine Kombination dieser Formen voraus.

Weniger bekannt sind einzelne Ausschläge, die Verfasser Gelegenheit hatte, im Verlaufe der Pocken zu beobachten. Hierhin gehört die „Impetigo variolosa". Während des Desiccations- und Inkrustationsstadiums treten oft hier und da zerstreute Blasen auf, welche eine dünne, schmutzige, gelbe Flüssigkeit enthalten. Sie können sich auf vorher gesunder Haut entwickeln oder auch direkt durch Umwandlung einer Pockenpustel in eine Blase entstehen. Sie sind bohnen- bis wallnußgroß, meist flach, schlapp, gerunzelt und bersten leicht. Am häufigsten sieht man sie an den Händen und Füßen. Zuweilen geht die Blasenbildnng um eine teilweise eingetrocknete Pustel herum vor sich in Form eines rötlichen, vesikulösen Ringes. Nicht selten kann diese Komplikation der Pocken die Ursache des Todes unter septikämischen Erscheinungen abgeben. Hebra hat von einer „Rupia variolosa" gesprochen.

Verfasser hat ferner Hautgangrän im Verlaufe der Pocken auftreten sehen. Zumeist waren es Fälle, bei denen Impetigo variolosa vorangegangen war.

Im Stadium der Dekrustation bekamen einzelne Pockenkranke toxische oder septische Ausschläge in Form eines diffusen Scharlacherythems, welches nach zwei bis drei Tagen verschwand und einer profusen Desquamation Platz machte. In vereinzelten Fällen kam es nur zu einer hartnäckigen Desquamation. Verfasser hat diese Komplikation der Pocken mit „Dermatitis exfoliativa variolosa" bezeichnet.

C. Berliner-Aachen.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1903. No. 4.

Über Einleitung, Pathogenese und Behandlung der syphilitischen Deuteropathien, von H. Hallopeau. In diesem, auf dem jüngsten Madrider Kongreſs gehaltenen Vortrag rügt H. die von Fournier eingeführte Bezeichnung Parasyphilis für alle jene schweren Formen, die wohl syphilitischen Ursprungs, aber nicht syphilitischer Natur sind und schlägt dafür den Namen Deuteropathia syphilitica vor.

Diese Deuteropathien haben nur ein Gemeinsames; sie sind sehr hartnäckig und durch eine spezifische Behandlung wenig beeinfluſsbar. Im übrigen entwickeln sie sich auf Grund der verschiedenartigsten pathologischen Vorgänge. H. unterscheidet zwölf verschiedene pathogenetische Wege für das Zustandekommen der Deuteropathien: Aktive und passive Gefäſsstörungen; Dystrophien innerhalb der Epidermis; degenerative Vorgänge in Narben; Phlegmasien; Veränderungen der Gefäſswände; sekundäre Einwanderung von Mikrobien; Erkrankungen infolge von Nervenkompression; Veränderungen im Rückenmark und in den Hirnhäuten; Dystrophien fötaler Anlage u. s. w.

Die aus diesen verschiedenen Ursachen hervorgehenden Krankheitsbilder werden einer kurzen Besprechung unterzogen und zum Schluſs wird die Frage der Behandlung gestreift. Bei der Tabes und der Paralysis postsyphilitica redet H. einer nachhaltigen Schmierkur das Wort, bei ersterer in Verbindung mit Jodkalium. Die Schmierkur soll bis zum Eintritt von Speichelfluſs fortgesetzt werden. H. ist nicht ganz so sanguinisch wie Lereddе, meint aber doch auch, daſs man auf diese Weise manchen Fall bessern oder gar heilen kann.

Die Purpura, von Louis Török-Budapest. Von all den verschiedenen Formen von Purpura, die man aufgestellt hat, läſst T., wie er in einem auf dem letzten Madrider Kongreſs gehaltenen Vortrag ausführt, nur die Hämophilie und den Skorbut als selbständige Krankheitsbilder gelten. Die übrigen Gruppen, die er als Purpura haemorrhagica zusammenfaſst, unterscheiden sich nur gradweise und durch die verschiedene Schnelligkeit ihres Verlaufs von einander; auch ihre pathologische Anatomie gestattet nicht, der einen oder der anderen von ihnen einen besonderen Standort anzuweisen. Ebenso ist die Pathogenese bei allen Formen der Purpura haemorrhagica wie auch beim Skorbut dieselbe; die Hämorrhagie kommt durch toxische Stoffe zu stande, die im Blut kreisen und unmittelbar auf die Gefäſswand einwirken. Ätiologisch kommen verschiedene Arten der Infektion, auch die Autointoxikation in Betracht. Es dürfte die nächste und die wichtigste Aufgabe sein, diese verschiedenen pathogenetischen Momente einmal festzustellen.

Ein dritter kurzer Artikel dieses Heftes enthält eine Entgegnung Audrys in betreff des dermatologischen Unterrichts an den medizinischen Fakultäten Frankreichs. Für deutsche Leser ohne Interesse. *Türkheim-Hamburg.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1903. Heft 2.

Alter Fistelgang nach venerischem Bubo, von RESPIGHI. Ein 23jähriger Soldat acquirierte eine Blennorrhoe, welcher nach drei Monaten eine Infektion mit weichem Schanker folgte. Nach circa einem Monate waren die spezifischen Ulcerationen abgeheilt, es folgte aber eine bedeutende Infiltration der Leistendrüsen auf der einen Seite. Der Abscefs wurde zwar eröffnet; trotzdem aber kam es zur Bildung einer ganzen Reihe von Fistelgängen, welche mehr als ein volles Jahr andauerten, obwohl wiederholte Auskratzungen und alle möglichen lokale und allgemeine Behandlungsmethoden angewandt worden waren. Dazu kam noch, circa ein Jahr nach der blennorrhoischen Infektion, eine Komplikation von seiten des Hodens in Gestalt einer Epididymitis. Es gelang nicht, in der Eiterhöhle und den Fistelgängen der Inguinalgegend den DUCREYschen Bacillus nachzuweisen, wohl aber fielen Inokulationsversuche mit Material aus der infizierten Gegend auf den Arm des Patienten selbst positiv aus, indem an der Inokulationsstelle typische Ulcera mollia entstanden, aus denen sich der spezifische Bacillus züchten liefs.

Extragenitale Syphilome, von VIGNOLO-Lunati. In der Bologneser Klinik wurden im Verlaufe von sechs Jahren 1308 Syphilitiker behandelt, worunter sich 51 Fälle von extragenitalem Syphilom befanden (Mamma, Lippe, Zunge, Arm, Regio pubica, Perinealgegend), worunter speziell einer mit Lokalisation am Eingange der linken Nasenhöhlenöffnung. Über die Infektionsweise liefs sich nichts Bestimmtes nachweisen. Das Syphilom in Gestalt eines kirschgrofsen, ulcerierten Knotens erstreckte sich bis auf die Membrana pituitaria, knorpelhart und schmerzlos; die Wange der entsprechenden Seite war stark angeschwollen.

Polemik über die Frage „gesundes Kind von syphilitischer Mutter", von PROFETA. Eine fernere Replik von PROFETA gegen die Angriffe von GLÜCK, OLGIEVIE und neuerdings von DÜRING, welche die Richtigkeit des sog. PROFETAschen Gesetzes in Zweifel gezogen oder direkt als vollständig falsch hingestellt haben.

Beitrag zum Studium des Erythema exsudativum multiforme, von R. PANICHI. (Schlufs.) In diesem Abschnitt behandelt der Verfasser die Ätiologie und Pathogenese der Affektion. Was seine bakteriologischen Untersuchungen anbetrifft, so ergaben dieselben keine brauchbaren Resultate in Bezug auf eine Spezifizität des Erythema multiforme. Kulturversuche mit Material aus den Plaques, Blasen und Pusteln ergaben ein negatives Resultat. Aus dem zirkulierenden Blute gelang es ihm ein einziges Mal, den Streptococcus pyogenes zu züchten. In Bezug auf das Verhalten der weifsen Blutkörperchen wurde sowohl Eosinophilie als Hyp- und Aneosinophilie konstatiert, letztere mit einer gewissen Konstanz während der Akme des krankhaften Prozesses. Von den 16 Fällen betrafen elf Frauen, so dafs auch hier wieder das weibliche Geschlecht das gröfste Kontingent der Erkrankungen geliefert hat; aufserdem handelte es sich meist um jugendliche Individuen. Unter den Affektionen, welche in den 16 vom Verfasser beschriebenen Fällen eine ursächliche oder prädisponierende Rolle gespielt haben könnten, werden angeführt: Rheumatismus, Influenza, Angina, enteritische Autointoxikation, Lues, Tuberkulose, Vitium cordis. Er gelangt zum Schlusse, dafs die verschiedenen toxischen Agentien, verbunden mit der individuellen Disposition und durch Vermittlung einer neurovaskulären Tätigkeit zur Erzeugung der verschiedenen Formen des Erythema exsudativum multiforme hinreichen.

Der epidemische Pemphigus der Neugeborenen, von PASINI. In diesem ersten Abschnitte behandelt der Verfasser die Geschichte und Bibliographie der Affektion, denen sich die Beschreibung von 25 Fällen anschliefst. *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

Lupus follicularis disseminatus, von S. Bettmann-Heidelberg. (*Beitr. z. Klinik der Tuberkulose.* Würzburg 1902. A. Stuber.) B. hat einen Fall dieser auf der Grenze zwischen tuberkulösen Erkrankungen der Haut und den Tuberkuliden stehenden Erkrankung lange und genau beobachtet und ihn in jeder Weise untersucht; es zeigten sich keine Tuberkelbacillen, die diagnostischen Injektionen mit Alt-Tuberkulin bewirkten Reaktion, das Impfexperiment fiel negativ aus. Nebenher hatte Patientin aufser dem Lupus follicularis disseminatus des Gesichtes an den Extremitäten Acnitis und Erythema induratum. Verfasser bespricht dann besonders eingehend mehrere Fälle der Literatur und besonders auch die Therapie, die nicht sehr gute Resultate erzielte. Seine Ansicht ist, dafs der Lupus follicularis disseminatus eine echte tuberkulöse Erkrankung der Haut ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Lupus des Gaumensegels, von Landouzy. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 45.) Bei einem 27jährigen Manne, der niemals syphilitisch infiziert worden war, beobachtete der Verfasser an der Grenze zwischen hartem und weichem Gaumen eine grofse, von roten Papeln und Knötchen umgebene Wucherung. Die geschrumpfte, dünne Uvula war mit der hinteren Rachenwand leicht verwachsen. Die Haut des Gesichtes, die Nasenschleimhaut und der Larynx waren intakt; Drüsenschwellung bestand nicht. Der Verfasser will, obwohl der Kranke eine syphilitische Infektion mit Bestimmtheit negiert und keinerlei syphilitische Erscheinungen zu finden sind, doch eine antiluetische Kur einleiten. Die erkrankte Partie selbst soll zunächst mit Phototherapie nach Finsen behandelt und, wenn diese nicht zum Ziele führt, exstirpiert werden. Kommt es zur Operation, dann soll vor derselben, um das Eindringen von Tuberkelbacillen in das Blut zu verhüten, Adrenalin injiziert werden, welches bekanntlich eine sehr starke Kontraktion der Gefäfse erzeugt. Da die erkrankten Gewebe durch die Speisen gereizt und beim Schluckakt gezerrt werden, empfiehlt es sich, den Kranken mit der Schlundsonde zu ernähren oder während der Mahlzeiten einen künstlichen Gaumen anzulegen.
Götz-München.

Die Bekämpfung des Lupus vulgaris, von Niels R. Finsen-Kopenhagen. (Jena, Gustav Fischer, 1903.) Die vorliegende Broschüre enthält als Text den kurzen Vortrag, den Finsen bei der Herbstkonferenz im „Internationalen Zentralbureau zur Bekämpfung der Tuberkulose zu Berlin 1902" gehalten hat. F. teilt in demselben zunächst eine Statistik über 804 vom November 1895 bis zum 1. Januar 1902 in seinem Institut behandelten Fälle von Lupus vulgaris mit. Diese Statistik ergibt, dafs nur 6% der Fälle nicht oder nicht wesentlich, 94% dagegen günstig durch die Lichtbehandlung beeinflufst wurden. 412 Fälle sind bereits geheilt, 124 Fälle sind schon 2—6 Jahre recidivfrei. F. glaubt, dafs in Dänemark die alten Fälle von Lupus in einigen Jahren alle oder so gut wie alle verschwunden sein werden, und dafs dann nur mehr frische Fälle zur Behandlung kommen, deren Heilung mittels Lichttherapie

eine verhältnismäfsig leichte und einfache ist. — Aufser dem Vortrag enthält das Heft 24 Tafeln mit je 2 Bildern, die immer ein und denselben Patienten vor und nach der Behandlung darstellen. Diese Bilder zeugen eindringlicher, als Worte es vermögen, von der Wirksamkeit der FINSEN-Behandlung des Lupus. *Göts-München.*

Ein Fall von Lupus vulgaris; Behandlung mittels Exzision und Wiederaufsetzens der Haut, von B. H. NICHOLSON-Colchester. (*Lancet.* 20. Dez. 1902 und *Brit. med. Journ.* 31. Jan. 1903.) Bei einem tuberkulösen Knaben mit einem typischen, grofsen, die ganze Seite und einen Teil der Sohle des Fufses einnehmenden Lupus hat N. ein günstiges Resultat erzielt, indem er unter genauen antiseptischen Mafsregeln durch einen Schnitt im Gesunden das ganze Krankheitsgebiet excidierte, dasselbe in einer heifsen 2½%igen Karbollösung desinfizierte, trocknete und nach Entfernung des subcutanen Fettgewebes wieder auflegte. Das Resultat soll, abgesehen von einer bläulichen, lividen Verfärbung der Stelle, ein vollkommenes gewesen sein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ausgedehnter Lupus, geheilt durch Exzision mit nachfolgender Epidermisüberpflanzung, von MATAGNE. (*Ann. policlin. centr.* 1902. No. 7.) Bei einem 16jährigen Mädchen ausgedehnter Lupus am Oberarm, angeblich entstanden durch Übertragung bei der Impfung mittels humanisierter Lymphe. Die Ausführung der Operation und der weitere Verlauf bieten sonst nichts Bemerkenswertes.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Das Kalium permanganicum bei der Behandlung des Lupus vulgaris, von VERROTTI. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1902. No. 19.) Die von BUTTS eingeführte Methode besteht in folgendem: Nach Entfernung der Schuppen und Krusten, Abwaschen der erkrankten Hautpartie mit Sublimatlösung und Anästhesierung mit Kokain wird ein mit 2%iger Kalium permanganicum-Lösung imprägnierter Wattebausch während einer Viertelstunde aufgelegt, worauf dieser letztere entfernt und durch einen trockenen Verband ersetzt wird. Die therapeutische Wirkung dieses Medikamentes ist im Anfange sehr bedeutend, der lupöse Prozefs wird aufgehalten, die Knötchen flachen sich ab, und es tritt glatte Vernarbung ein. Nach einer gewissen Zeit zeigt sich jedoch eine mehr oder weniger bedeutende Abnahme in der Wirksamkeit des Mittels, weil dasselbe nicht in die tiefen Hautschichten einzudringen vermag. Die Methode ist besonders indiziert in diffusen und multiplen Formen des tuberkulo-ulcerösen Lupus, wo die üblichen Methoden nicht angewandt werden können. Bei den hypertrophischen und vegetierenden Formen mufs die chirurgische Behandlung eingreifen. Aber auch hier leistet die Kalium permanganicum-Methode als Nachbehandlung gute Dienste. *C. Müller-Genf.*

Lupus, behandelt mit COLEYS Flüssigkeit, von WOODCOCK. (*Brit. med. Journ.* 25. Okt. 1902.) Eine Frau litt seit mehreren Jahren an Lupus der Stirn, der Nase und der Kopfhaut, war auch operiert worden, ohne dafs ein Rezidiv und das Umsichgreifen der Affektion hätte verhindert werden können. Verfasser injizierte mehrere Male in die Lupusränder ½ Tropfen von COLEYS Flüssigkeit und hatte die Genugtuung, dafs der Prozefs zum Stillstand kam und auffallende Besserung eintrat.

C. Berliner-Aachen.

Verschiedenes.

Körperverletzung durch Ansteckung mit Geschlechtskrankheit. Ein Postadjunkt in München bewog ein unbescholtenes Zimmermädchen zu intimem Verkehre, obgleich er wußte, daß er an einer Geschlechtskrankheit leide und noch nicht geheilt sei. Das Mädchen erkrankte sehr schwer. Auf Strafantrag der Geschädigten wurde der Angeschuldigte wegen fahrlässiger Körperverletzung zur Gefängnisstrafe von fünf Monaten verurteilt. (*Allg. med. Centralztg.* 1903. No. 26.)

Dr. Unnas Herbstkurse über sämtliche Zweige der Dermatologie.
Wöchentlich 29 Stunden. Dauer vom 28. Sept. bis 17. Okt. 1903.

Vorlesungen:

Dr. Bargum: Normale Histologie der Haut. 2 Stunden.
„ Dreuw: Photographie, stereoskopische Mikrophotographie. 4 Stunden.
„ Herz: Bakteriologie. 2 Stunden.
„ Krause: Technik der Unnaschen Färbemethoden. Übungen im Färben. 4 Stunden.
„ Leistikow: Spezielle Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 2 Stunden.
„ Lewi: Dermato-pharmazeutische Präparate. 2 Stunden.
„ Pappenheim: Theorie der Färbung. 2 Stunden.
„ Plaut: Dermatomykosen. 2 Stunden.
„ Unna: 1. Einführung in die Theorie der Färbetechnik. 1 Stunde.
2. Poliklinik der Hautkrankheiten. 2 Stunden.
3. Allgemeine Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 2 Stunden.
„ Wulf: Urologie. 2 Stunden.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 37. No. 5. 1. September 1903.

Zur Behandlung des Lupus.

(Vorläufige Mitteilung.)

Von

Dr. med. Dreuw,
Spezialarzt für Hautkrankheiten, Hamburg-Altona.

Seit etwa vier Monaten wende ich an der Unnaschen Poliklinik für Hautkranke zur Behandlung des Lupus eine Methode an, die ich im folgenden kurz schildern will.

A. Allgemeines.

Die lupösen Herde des Körpers, der Extremitäten oder des Gesichts werden durch Chloräthyl vollständig vereist, und während dieselben noch mit Eismassen bedeckt sind, mit einem Wattebausch, der um die Spitze eines Holzstabes oder Federhalters etc. gewickelt und dann in Acid. hydrochloric. crudum getaucht ist, fest unter Druck eingerieben, solange, bis Schmerz entsteht. Es bildet sich dann namentlich dort, wo die Knötchen sitzen, eine weifslichgraue Verfärbung. In dem Moment, wo der Patient über brennenden Schmerz klagt, wird wieder vereist und dann mit Acid. hydrochloric. crudum wieder tüchtig eingerieben, solange, bis die zu behandelnde Stelle grauweifs erscheint. Acid. hydrochloric. crudum scheint, nach den mir vorliegenden mikroskopischen Präparaten zu urteilen, eine elektive Wirksamkeit auf die Lupusknötchen zu haben, während das gesunde Gewebe, welches die Epidermisknötchen umgibt, verhältnismäfsig weniger angegriffen wird.

Folgende Punkte müssen nun bei der Behandlung berücksichtigt werden:

1. Es mufs vollständige Vereisung stattfinden. Man darf daher erst dann mit Acid. hydrochloric. crudum ätzen, wenn das ganze, mit Chloräthyl beschickte Feld mit schneeweifsen Massen bedeckt ist. Lieber etwas länger gefrieren lassen, als zu kurz. Hat man eine gröfsere Fläche zu behandeln, so empfiehlt es sich, die Chloräthylflasche ziemlich weit, etwa

$^1/_3$—$^1/_2$ m, von der zu behandelnden Stelle entfernt zu halten und gleichzeitig auf dieselbe zu blasen oder durch Assistenz dies tun zu lassen. Ich benutze Chloräthyl der Firma G. F. Henning, Berlin SW. 48, zu technischen Zwecken (dieses ist billiger wie gewöhnliches reines Chloräthyl) in Flaschen zu 100 g mit Momentverschluſs. Nur Flaschen mit einem solchen sind zu verwenden.

2. Nach der Vereisung muſs Acid. hydrochloric. crudum unter Druck und gründlich auf den Lupus aufgerieben werden, wobei der Druck so stark sein muſs, als es der Patient eben vertragen kann.

3. Hat man einen Lupus exfoliativus, so braucht man einen weniger starken Druck auszuüben, ebenso bei tuberkulösen Geschwüren und Granulationen.

4. Bei circumskriptem, etwa taler- bis fünfmarkstückgroſsem Lupus mit tiefliegenden Knötchen empfiehlt es sich, nach vollständiger Vereisung die Epidermis über dem Lupusherd vollständig zu zerstören, indem man mit dem Salzsäurewattebausch gründlich reibt, solange, bis die Epidermis über dem Lupus eine weiſslichgraue und schwarzgefärbte, breiige Masse bildet. Dieselbe stöſst sich schon nach einigen Tagen ab, ohne ein tiefgehendes Geschwür zu bilden. Die Ätzwirkung ist nämlich eine nicht sehr tiefgehende. Nach der gewaltsamen Zerstörung der lupösen Knötchen und Reinigung der Wundflächen findet eine Regeneration der Epidermis statt, indem sich eine Reihe von Epidermisinseln auf dem Granulationsgewebe bildet, wahrscheinlich von den tiefer gelegenen Schweiſsdrüsen, den Haarbälgen und Talgdrüsen ausgehend. Ich habe auf diese Weise einen vor Jahren excidierten, aber rezidivierten Lupus der linken Wange in einer Sitzung weggeätzt. Momentan (die Ätzung geschah vor vier Wochen) ist die ganze Granulationsfläche mit einer gesund aussehenden Epidermis bedeckt.

5. Man hat darauf zu achten, daſs bei der Ätzung der Wattebausch gehörig mit HCl durchtränkt wird. Es empfiehlt sich daher, während der Ätzung die Watte verschiedentlich in HCl einzutauchen oder verschiedene Holzstäbe, mit Watte umwickelt, bereit zu halten. Denn dadurch, daſs sich die HCl mit den schmelzenden Eiskristallen mischt, wird dieselbe verdünnt und büſst an Wirksamkeit ein. Zum Schutz der umliegenden Haut drückt man zweckmäſsig einen Wattebausch mit der linken Hand gegen die erstere, um einen etwa abfallenden oder an der Haut hinablaufenden Tropfen der ätzenden Flüssigkeit aufzufangen.

6. Es ist eine bemerkenswerte Tatsache bei der Flächenätzung, daſs, solange man nicht über die vereisten Stellen übergreift, kein Schmerz entsteht. Erst nach einiger Zeit zeigt sich Schmerzempfindung, die aber sofort wieder weicht, wenn man mit einer geringen Menge Chloräthyl die schmerzhafte Stelle wieder vereist.

7. Es ist möglich, grofse Lupusstellen in einer Sitzung zu behandeln. Bei einem ausgedehnten Lupus des ganzen Unterarmes, bei multiplem Lupus und bei einem etwa tellergrofsen Lupus am Halse und Kinn habe ich successive immer talergrofse, nebeneinander liegende Flächen in einer Sitzung behandelt, so dafs nach etwa einer Viertelstunde die grofse Stelle vollständig verätzt war, ohne dafs besondere Schmerzen entstanden wären.

8. Die Ätzwirkung geht nicht über den geätzten Bezirk hinaus, und zwar ist die Grenze von der gesunden Haut eine scharf definierte.

9. Man darf kein Acid. hydrochloric., sondern nur Acid. hydrochloric. crudum verwenden.

10. Hat man nach längerer Behandlung mit Acid. hydrochloric. crudum die meisten Knötchen entfernt und es befinden sich noch einzelne in dem behandelten Gewebe, was man durch das Diaskop deutlich erkennen kann, so bezeichnet man sich die einzelnen durch einen schwarzen Punkt mit einer gewöhnlichen Feder und Tinte. Darauf vereist man. Der schwarze, markierte Punkt scheint dann durch die weifse Eismasse durch. Man taucht dann rasch eine Schwarzdornnadel oder ein fein zugespitztes, hartes Holz in Acid. hydrochloric. crudum und bohrt mit demselben sich bis in die Cutis ein, wobei die HCl das Lupusknötchen zerstört.

11. Instrumente, Messer etc. werden durch die Dämpfe der HCl stark angegriffen.

B. Technik der Ausführung.

Man setzt sich dem Patienten gegenüber. Zur Rechten steht ein Tisch, auf dem Chloräthyl mit Momentverschlufs, Acid. hydrochloric. crudum, Watte, Puder und ein oder mehrere mit Watte umwickelte Holzstäbe sich befinden. Nach der Vereisung, die meist talergrofs ist, taucht man den Watteholzstab in die HCl und reibt gründlich die vereiste Stelle ein, nicht über die Grenzen der Vereisung hinausgehend. Dann nimmt man, sobald die Stelle grauweifs geworden (bei circumskriptem und tiefliegendem Lupus wird die Verätzung bedeutend stärker gemacht, siehe No. 4), einen neben der behandelten Stelle liegenden, talergrofsen Bezirk in Behandlung u. s. f., bis die ganze Lupusstelle behandelt ist. Häufig tritt bei Knötchen, die ziemlich weich und oberflächlich sind, eine Blutung ein. Das Blut färbt sich sofort braunschwarz. Dies hindert durchaus nicht, gründlich die Stelle weiter zu ätzen. Die Blutung steht sehr bald durch die Ätzwirkung. Bei eintretenden Schmerzen werden dieselben durch Chloräthyl sofort coupiert.

C. Nachbehandlung.

Die Nachbehandlung der geätzten oder verätzten Bezirke besteht darin, dafs man ein Pulver aufstreut mit einem kleinen Wattebäuschchen

Ich habe, da ich zufälligerweise Jodothymoform aus der Fabrik von G. F. Henning zur Verfügung hatte, dieses verwandt. Jedoch wird jedes andere austrocknende und desinfizierende Pulver dieselben Dienste tun. Hier und da wandte ich auch Zinkschwefelpaste an. Über Pulver oder Paste wird dann entweder ein chirurgischer Verband gelegt oder aber etwas Gaze mit Heftpflasterstreifen befestigt. Es bilden sich in zwei bis vier Tagen Borken und mit diesen fällt nach 8—14 Tagen ein grofser Teil der zerstörten Lupusknötchen aus. Die Borken entfernt man, sobald sie locker sind, mit einer Pinzette. Nach Abfallen der Borken bekommt man in drei bis vier Wochen eine glatte Fläche, in der nach der Abheilung vielleicht noch einige Lupusknötchen sitzen, die dann entweder durch Flächenätzung oder, falls vereinzelt stehend, durch die unter No. 9 beschriebene Methode verödet werden.

D. Resultate.

Die Resultate, die ich an neun Patienten beobachtet habe, waren gute und schnelle. Alle Patienten und deren Angehörige waren darüber einig, dafs der Lupus vorher nie so gut ausgesehen hatte. Die Patienten kamen alle willig und gern zur Behandlung. Es befinden sich unter meinen Patienten solche, die seit 20 bis 22 Jahren in Behandlung gestanden haben. Alle waren hocherfreut über das kosmetische Resultat. Bezüglich der Dauer und ob Rezidive nach vollständiger Behandlung, d. h. wenn man mit dem Diaskop keine Knötchen mehr entdecken kann, entstehen, kann man natürlich zurzeit noch nichts Bestimmtes sagen. Dazu gehört die Beobachtung vieler Jahre. Namentlich tuberkulöse Ulcera und Granulationen heilen rasch. Ich habe eine Frau in Behandlung, die seit vier Jahren tuberkulöse Ulcera auf der Nase, den Wangen in alten Transplantationsnarben und am Mundwinkel hatte. Dieselben haben sich nach fünfwöchentlicher Behandlung (alle 8—14 Tage einmal Ätzung) vollständig mit Epidermis bedeckt. Die Patientin konnte wegen des auf die Lippen und den Mundwinkel übergreifenden tuberkulösen Geschwürs nur schwer sprechen und essen. Schon nach der ersten Ätzung liefsen diese Erscheinungen nach.

Bei einer ca. 20 Jahre an Lupus exfoliativus leidenden Frau (der Lupus bedeckte das ganze Gesicht, einschliefslich der Augenlider), haben schon die ersten Ätzungen ein vorzügliches kosmetisches Resultat in fünf Wochen gehabt. Die Schuppen fielen ab und es entstand eine glatte und glänzende Fläche der ganzen behandelten Gesichtshaut. Ein bestehendes Ektropion des rechten Auges, welches eine Conjunctivitis erzeugt hatte, wurde ebenfalls in kurzer Zeit bedeutend gebessert. Ich beschränke mich bei dieser vorläufigen Mitteilung, in grofsen Zügen zu schildern, und werde Einzelheiten erst in einigen Monaten mit genauen

Krankengeschichten, stereoskopischen Photographien der Fälle und den histologischen Details veröffentlichen. Wahrscheinlich wird die Ätzwirkung unterstützt durch eine starke Hyperämie, die auf die Vereisung und Ätzung folgt, sowie durch eine bedeutende kleinzellige Infiltration im Bereiche der Ätzung.

Zwei der kurz erwähnten Fälle wurden von Herrn Dr. EHRLICH, St. Petersburg, nach meinen Angaben behandelt.

Zum Schlusse möchte ich noch fünf Punkte hervorheben:

1. Bei den bisherigen Methoden (RÖNTGEN und FINSEN, die schmerzlos sind) und den chemischen Verfahren (grüne Salbe, Arsenpflastermull, Wiener Paste etc., die ziemlich schmerzhaft sind) war die Behandlung, namentlich bei ersteren, meist mit grofsen Kosten verknüpft. Das von mir angewandte Verfahren kostet dagegen sozusagen gar nichts.

2. Jeder praktische Arzt ist ohne weiteren Apparat im stande, die Behandlung durchzuführen.

3. Das Verfahren ist ohne gröfsere Schmerzen ausführbar. Das einzige, was etwas Schmerz bereitet, ist die Vereisung. Aber diese wird in so vielen Fällen der chirurgischen und medizinischen Praxis angewandt, dafs man in Anbetracht der Erfolge diese geringen Schmerzen leicht in den Kauf nehmen kann. Nach der Ätzung zeigt sich kaum gröfserer Schmerz. Wenigstens haben mir die meisten Patienten dies versichert. Sollte aber kurze Zeit nachher etwas Schmerzempfindung eintreten, so weicht dieselbe sofort einer erneuten Chloräthylanwendung.

4. Vergiftungserscheinungen habe ich selbst bei den ausgedehntesten Ätzungen nicht beobachtet.

5. Es ist vielleicht zu versuchen, namentlich bei multiplem Lupus, durch radikale Ätzung denselben auf einmal zu behandeln und zwar in Chloroformnarkose.

Einige Notizen zu dem Aufsatz von H. PFEIFFER: Über Bakterienbefunde in der normalen männlichen Urethra und den Syphilisbacillus von MAX JOSEPH.

(*Wiener klinische Wochenschrift*, 1903, No. 26.)

Von

Dr. ERNST DELBANCO-Hamburg.

In der *Wiener klin. Wochenschr.* berichtet Dr. HERMANN PFEIFFER, daſs er in 15 normalen und 12 gonorrhoischen Urethren im ganzen 17 mal im Deckglaspräparat und kulturell in reicher Zahl Angehörige der Diphtheriegruppe gefunden hat. Von den Patienten, welchen das Material entnommen wurde, war keiner syphilitisch infiziert gewesen. Das morphologische Verhalten der gefundenen Bacillen läſst PFEIFFER die Annahme berechtigt erscheinen, daſs die Bacillen identisch sind mit den Syphilisbacillen von JOSEPH und PIORKOWSKY, und daſs auch diese Syphilisbacillen harmlose Pseudodiphtheriebacillen, harmlose Schmarotzer darstellen, welche dem Sperma sich beigemischt haben bei seiner Passage durch die Urethra. Auffällig erscheint PFEIFFER nur die Tatsache, daſs JOSEPH zweimal in frisch geschwollenen syphilitischen Drüsen die Bacillen gefunden hat, doch dürften sich aus zwei Fällen keine verallgemeinernden Schlüsse ziehen lassen.

Die sorgfältige Arbeit von PFEIFFER läſst mich an dieser Stelle frühere Ausführungen wiederholen.

In der Sitzung der biologischen Sektion des Hamburger ärztlichen Vereins (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 9. S. 384) vom 14. Januar 1902 hatte PAULSEN diphtherieähnliche Bacillen demonstriert, deren Kultur zweimal aus dem Blute eines Syphilitikers gelungen war, einmal aus einer geschwollenen Leistendrüse, kurz nach Feststellung einer Initialsklerose, das zweite Mal aus dem Vorderarm, kurz nach Auftreten der Roseola syphilitica. PAULSEN hatte zu den Nährböden Organe von Schweinen benutzt. Die Bacillen sind wenig säurefest und unterscheiden sich nach verschiedenen Richtungen von den echten Diphtheriebacillen. PAULSEN beschränkte sich auf die Angabe des Befundes, ohne weitere Schlüsse zu ziehen.

In der Diskussion äuſserte ich mich, wie folgt, laut offiziellen Protokolles:

„Diskussion: Herr DELBANCO: Die Mitteilung des Herrn PAULSEN verdient ein besonderes Interesse mit Rücksicht auf bestimmte bakteriologische Kulturbefunde, welche bei einer anderen chronischen Infektionskrankheit erhoben worden sind. Das von PAULSEN gezüchtete Stäbchen gehört nach D.s Ansicht in die groſse Klasse der sogenannten Pseudodiphtheriebacillen bezw. Diphtherideen, deren Aufstellung (BABES, 1888) als rationell erkannt worden ist. Bei der Lepra sind solche Befunde wiederholt, vorwiegend aus dem letzten Jahrzehnt, beschrieben worden. Von Autoren sind BORDONI-UFFREDUZZI, BABES, E. LEVY, CZAPLEWSKI, SPRONCK zu nennen. Die Autoren haben einander mindestens sehr nahestehende, wenn nicht für einen Teil sogar identische Kulturen gezüchtet. An dieser Tatsache ändern nichts die lebhaften Auseinandersetzungen, durch welche die Autoren ihre Sonderbefunde stützen zu müssen vermeinten. Die Kultur des Leprabacillus ist noch nicht geglückt, trotzdem SPRONCK für seine Diphtheriden ein Agglutinieren durch das Blutserum Lepröser feststellte,

trotzdem Babes es nicht unmöglich erscheint, daſs seine Diphtherideen zur Lepra in genetischem Zusammenhang stehen. Den bei der Lepra gezüchteten Diphtherideen scheint das von Paulsen gezüchtete Stäbchen nahe zu stehen; die Art seiner Alkoholfestigkeit, die mangelnde Säurefestigkeit stützen diese Annahme. Aus dem Vorgetragenen möchte Redner den vorsichtigen Schluſs ziehen, daſs die Lepra und die Syphilis einen geeigneten Nährboden unter Umständen schaffen für ganz bestimmte Sekundärinfektionen, wenn die Diphtherideen nicht eben nur harmlose Schmarotzer darstellen. Ein anderer Gesichtspunkt ist noch von Interesse. Die erwähnten Diphtheriden sind von einigen Autoren, so von E. Levy, als verzweigt beschrieben worden. Das bringt sie in Beziehung zu dem Tuberkelbacillus, dessen Verzweigungen von Roux und Nocard, Fischel, Metschnikoff, Friedrich u. a. studiert worden sind. Lehmann und Neumann trennen in ihrem Atlas den Tuberkelbacillus als Mykobakterium von den Bakterien. Dem Tuberkelbacillus ist der Leprabacillus wieder verwandt. Für Lachner-Sandoval vermitteln gleichsam die verzweigten Bakterien als eine höhere Ordnung den Übergang von den Bakterien zu den Aktinomyceten, welche eine neue Familie im Hyphomycetensystem dem Autor bedeuten und nach ihm vielleicht noch einmal eine Rolle spielen als Erreger aller Granulationskrankheiten als auch für die Lepra und Syphilis."

In der Sitzung vom 28. Januar 1902 (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 9, S. 385) ergänzte ich die voranstehenden Ausführungen, wie folgt, laut offiziellen Protokolles:

„Herr Delbanco referiert — in Ergänzung seiner Ausführungen von der vorigen Sitzung — über wichtige, schon aus dem Jahre 1884 stammende Versuche Löfflers. In seiner groſsen Diphtheriearbeit berichtet Löffler in dem Kapitel der Kälberdiphtherie über eine Bacillenart, welche er bei Übertragung syphilitischer Produkte auf Kaninchen erhalten hatte, und welche morphologisch sehr ähnlich war dem Bacillus der Kälberdiphtherie. Umfängliche Tier- und Kulturversuche wurden von dem Autor angestellt, welcher eingehend über diesen, an der Oberfläche breiter Kondylome schmarotzenden Bacillus sich äuſsert. Delbanco fragt Herrn Paulsen, ob vielleicht Beziehungen zwischen seinem Befund und dem Löfflerschen Bacillus[1] bestehen."

Am 5. März 1902 hatte Joseph seine erste Mitteilung in der Berliner medizinischen Gesellschaft gemacht.

Auf der Karlsbader Ärzte- und Naturforscherversammlung berichteten Joseph und Piorkowsky, beide unter dem gleichen Titel: „Weitere Beiträge zur Lehre von den Syphilisbacillen", am 24. September in der Nachmittagssitzung der dermatologischen Sektion. Dann nahm Wälsch das Wort, um über seine sehr interessanten und kritischen einschlägigen Untersuchungen an der Pickschen Klinik zu berichten. Wälsch hatte aus dem Blute Syphilitischer, welche der Sekundärperiode angehörten, sechsmal den v. Nissenschen Bacillus, dreimal einen gelben Diplococcus gezüchtet. Einmal blieb die Kultur steril. Aus den exstirpierten Inguinaldrüsen zweier „Floridluetischer" wuchs in beiden Fällen eine Reinkultur. Die Blutuntersuchung Tertiärer und Nichtluetischer blieb negativ; aus dem Gumma lieſs er sich neben dem erwähnten Diplococcus züchten, aber nicht von letzterem trennen. An Schweinen rief der Bacillus Exantheme hervor, analog denen, welche v. Nissen beschrieben, und die auch Adrian, Holzhäuser und Hügel durch Verimpfen von Blut Luetischer, Sklerosensekret u. s. w. bei Schweinen erzeugen konnten. Wälsch betrachtet seine Bacillen sowohl wie die von Joseph und Piorkowsky gefundenen für Pseudodiphtheriebacillen, deren Beziehungen zur Ätiologie der Syphilis noch ein offenes Problem bedeuten.

[1] Gemeint war natürlich der Bacillus der Kälberdiphtherie.

Vielleicht begleitet er die Erkrankung als ein Nosoparasit, wie dies von Pseudodiphtheriebacillen, z. B. bei Lepra, schon bekannt ist. Die berechtigte Kritik, welche Wälsch an der Arbeitsmethode und den Schlüssen von Joseph und Piorkowsky übt, will ich hier nicht zitieren. Übrigens machte auch Wälsch darauf aufmerksam, dafs das Sperma die Urethra passiere, deren Bewohner es mitnehme.

Nach Wälsch berichtete Winternitz-Prag, dafs Kràl und ihm es ebenfalls gelungen sei, aus dem Sekret gereinigter Sklerosen und aus dem Blut Syphilitischer Bacillen zu gewinnen, welche den von Wälsch, Joseph und Piorkowsky gezüchteten gleichen. Ich selbst erlaubte mir in der Diskussion zu bemerken:

„Herr Delbanco-Hamburg ist der Ansicht, dafs die mitgeteilten Untersuchungen den Befund von Pseudodiphtheriebacillen bezw. Diphtherideen zum Mittelpunkt haben. Er rekapituliert seine bereits in der biologischen Sektion des ärztlichen Vereins in Hamburg im Anschlufs an den Vortrag von Paulsen niedergelegten Erwägungen. Löffler hat übrigens bereits bei breiten Kondylomen Pseudodiphtheriebacillen auf Grund von Tierversuchen nachgewiesen. Vor der Hand mufs von (vielleicht wichtigen) Begleitbakterien bei der Syphilis gesprochen werden. Wälsch hat mit scharfer Selbstkritik seine hochinteressanten Ergebnisse verwertet. Vergessen darf nicht werden, dafs die Mehrzahl der Sklerosen ulceriert ist, und von der ulcerierten Oberfläche können sehr leicht Bakterien in die Lymphdrüsen eindringen. Darum möchte Delbanco dem Befund von Bacillen in den Schnittpräparaten der frisch exstirpierten, geschwollenen Lymphdrüsen keinen ausschlaggebenden Wert einräumen. Die Exantheme bei Tieren müssen die Frage aufwerfen lassen, ob es vielleicht septische Exantheme sind. Bedeutungsvoll bleiben die gleichen Befunde bei der Lepra."

Professor Pick warnte davor, die gefundenen Bacillen als Syphilisbacillen zu bezeichnen, es dürfe nur von Bacillen bei Syphilis gesprochen werden.

Joseph und Piorkowsky verwahrten sich in ihren Schlufsworten gegen den Vorwurf, unvorsichtige Schlüsse gezogen zu haben. Joseph sagte, dafs die Urethra in ihren Fällen, soweit angängig, desinfiziert worden sei. Aufserdem seien die Placenten keimfrei gewesen. Joseph schlofs laut offiziellen Protokolles: „Die Hauptsache ist, dafs von vielen Seiten darüber gearbeitet wird, dann wollen wir abwarten, ob wir es nur mit Bacillen bei Lues oder mit den Bacillen der Lues zu tun haben".[2]

Auch Piorkowsky hob hervor, dafs die Bacillen „vielleicht mit der Syphilis in Zusammenhang stehen".

Joseph und Piorkowsky nahmen in ihren Schlufsworten von meinen durchaus sachlich vorgetragenen Ausführungen keine Notiz. Ich erklärte mir das dadurch, dafs meine Auffassung mit der von Wälsch vorgetragenen sich völlig deckt. Meine eigenen Ausführungen waren ja auch nur eine Wiederholung meiner Bemerkungen, welche durch die vorsichtige Mitteilung von Paulsen vom 28. Januar 1902 veranlafst waren.

Ich registriere hier nur noch einmal, dafs Joseph und Piorkowsky die Urethren, soweit angängig, desinfiziert und mit sterilen Placenten gearbeitet haben. Jeglicher Zweifel verstumme!

Ich bestreite aber, dafs Joseph und Piorkowsky nur von Bacillen bei Syphilis gesprochen haben. Der Titel ihrer Vorträge lautete: „Weitere Beiträge zu der Lehre von den Syphilisbacillen". Ebenso lautete der Titel ihrer Arbeit in der *Deutsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 50, 51, 52. In dem Programm für die Versammlung deutscher

---

[2] Der Vortrag von Joseph hatte allerdings mit den Worten geschlossen: Daraus (aus dem Befund von Bacillen in frisch ejakuliertem Sperma und in Schnitten durch die Lymphdrüsen) glauben wir in der Tat zu der Behauptung berechtigt zu sein, dafs unsere Untersuchungen uns einen wesentlichen Anlafs zu der wahrscheinlichen Annahme bieten, dafs wir es hier mit dem Erreger der Syphilis zu tun haben.

Naturforscher und Arzte in Kassel sind die Herren Joseph und Piorkowsky mit einem Vortrag für die dermatologische Sektion vertreten: „Weitere Beiträge zur Lehre von den Syphilisbacillen, mit Demonstrationen." Es bedeutet schon eine sehr laxe Ausdrucksweise, von „Syphilisbacillen" zu sprechen und „Bacillen bei Syphilis" zu meinen. Der ganze Tenor ihrer Arbeiten geht übrigens dahin, dafs Joseph und Piorkowsky sich in der Vorstellung bewegen, den Erreger der Syphilis in Händen zu haben. Beweisend dafür ist ihre Notiz in *dieser Zeitschrift*, Bd. 36, No. 5.

Entgegnung auf Paulsens Bemerkung zur „Lehre von den Syphilisbacillen".

„Es tut uns sehr leid, dafs Herr Dr. Johannes Paulsen-Hamburg (*diese Zeitschr.* No. 3. S. 144) sich durch die Nichterwähnung seiner Untersuchungen in unseren bisherigen beiden Arbeiten über diesen Gegenstand verletzt fühlt. Indessen hatten wir in unseren bisherigen Arbeiten nur einen neuen Weg zeigen wollen zur Darstellung der vermutlichen Syphilisbacillen.[1] Auf eine Zusammenstellung der Literatur und Kritik der bisherigen Befunde wollten wir erst eingehen, sobald wir in einer gröfseren Arbeit die ganze Geschichte des Krankheitserregers der Syphilis besprechen werden."

Sollten die bisherigen Bacillenbefunde von Joseph und Piorkowsky nur „die vermutlichen Syphilisbacillen" bedeuten, und sollten sie den eigentlichen „Krankheitserreger der Syphilis" in Gestalt eines anderen Keimes damals schon in Händen gehabt haben?

H. Pfeiffer wird es angenehm sein, dafs vor ihm und neben ihm andere Autoren die Bacillen von Joseph und Piorkowsky als harmlose Pseudodiphtheriebacillen gedeutet haben. Wälsch und ich haben die Möglichkeit berührt, dafs die Bacillen vielleicht nicht unwichtige Begleitbakterien, Nosoparasiten, bei der Syphilis darstellen.

Dem anerkannten *„Pariser Journal"* vom 29. Juli entnehme ich (während der Niederschrift dieser Zeilen) aus einem kurzen Bericht über die Akademiesitzung vom 28. Juli, dafs es Roux und Metschnikoff gelungen ist, die Syphilis auf den Schimpanse zu übertragen. Der an dem Schimpanse erzeugte Primäraffekt mit Schwellung der Lymphdrüsen wurde von keinem geringeren als Fournier anerkannt. Im Falle einer Bestätigung der Zeitungsnotiz durch den offiziellen Akademiebericht, wäre endlich das Tierexperiment bei der Syphilis auf eine festere Basis gestellt.

Hamburg, den 31. Juli 1903.

---

[1] Im Original nicht gesperrt gedruckt.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1903. Band 65, Heft 3.

I. **Über Melanoblasten, Hemichromasie und Faserung der Epithelzellen in breiten Kondylomen,** von S. Ehrmann und M. Oppenheim-Wien. Der vorliegenden Arbeit liegen teils ältere, teils frische Präparate von breiten Kondylomen und Abbildungen derselben zu Grunde. Sie stammten von den kleinen und grofsen, stark pigmentierten Labien brünetter Personen, waren erbsen- bis haselnufsgrofs und wurden nach der Exzision sofort in absolutem Alkohol fixiert, in Alkohol gehärtet und in Paraffin eingebettet. Die Färbung der Schnitte von 3—6 μ Dicke geschah

teils nach Kromayers Modifikation der Weigertschen Fibrinfärbungsmethode, teils nach Unnas Methode mit polychromem Methylenblau, teils endlich nach Herxheimers Methode mit Cresylechtviolett und Essigäther.

Die Schlüsse, welche die Verfasser aus ihren Untersuchungen ziehen, sind folgende:

1. In der Epidermis des breiten Kondyloms erfolgt neben einer Vergrößerung der Epithelzellen (Akanthose) auch eine Vergrößerung der Melanoblasten.

2. Die Veränderungen, welche die Epithelzellen hierbei erleiden, machen dieselben mit der Zeit unfähig, Pigment von den Melanoblasten aufzunehmen.

3. Während in der äußeren Peripherie des breiten Kondyloms das Pigment in den Epithelzellen in gleicher Weise wie die Melanoblasten vermehrt ist, fehlt im Zentrum des breiten Kondyloms das Epithelpigment, die Melanoblasten sind zu Grunde gegangen.

4. Die Melanoblasten der Epidermis sind eigene Zellen mesodermalen Ursprunges und weder Ausgüsse der intracellularen Räume, noch optische Trugbilder der Epithelzellen.

5. Die beim breiten Kondylom, wie auch bei anderen Prozessen vorhandene Hemichromasie beruht auf einer verschiedenen Verteilung des Wassers im Zellleib. Ihr Zellleib, wie der der übrigen Epithelzellen besteht aus Protoplasmafasern und verschieden wasserreicher Grundsubstanz.

6. Die Lage der hemichromatischen Pole hängt vom Verdunstungs- resp. Verhornungsprozeß der Oberfläche ab.

7. Aus Leukocyten können keine Melanoblasten entstehen.

II. **Über Elephantiasis lymphangiectatica congenita,** von E. Vollmer-Kreuznach. Ein fünfjähriger Knabe bekam nach den Angaben seiner Mutter im Anschluß an die Impfung einen Ausschlag, der von dem geimpften rechten Arm nach dem Halse und Kopfe aufstieg. Gegenwärtig zeigt der sonst gesunde Patient eine auffallende Ungleichheit der Gesichtsbildung. Die rechte Gesichtshälfte weist eine nach dem Unterkiefer hin zunehmende schwammige Schwellung auf, so daß die Backe hier förmlich herunterhängt. Am Unterkiefer setzt sich die Schwellung scharf ab, zieht nach dem Ohre aufwärts, umgreift dasselbe. Sie verliert sich oben in der Kopfhaut, unten etwa in der Mitte des Halses und ist überall von weichlicher, schwammiger Konsistenz. Dieselbe Beschaffenheit zeigt der rechte Oberarm bis zum Ellbogengelenk.

Die Haut zeigt an verschiedenen Stellen ein bräunlichschwarzes Kolorit. Der Wulst unterhalb des Ohres, von der Ohrmuschel bis zum Kinn reichend, wurde durch einen Lappenschnitt verkleinert. Beim Durchschneiden der Haut fiel auf, daß eine scharfe Grenze zwischen Haut und Unterhautfettgewebe fehlte. — Der Wundverlauf war ein normaler, und der durch die Operation erzielte kosmetische Effekt ein zufriedenstellender.

Später wurden auch die Tumormassen innerhalb der behaarten Kopfhaut entfernt. In diesen wie in den ersteren exzidierten Massen fielen die geschlängelten, stark vergrößerten Lymphgefäße mit ampullenartigen Verdickungen schon makroskopisch ins Auge.

Das Material für die mikroskopische Untersuchung bestand 1. aus den von der „Hängebacke" stammenden Tumormassen; 2. aus den von der behaarten Kopfhaut und 3. aus den von den exzidierten Lymphvaricen hergestellten Präparaten.

Der Verfasser teilt die Befunde ausführlich mit.

Allen drei Gruppen von Präparaten ist Bindegewebsneubildung, welche in sich die endothellosen Saftspalten birgt, gemeinsam. Die bindegewebige Wucherung ist nicht überall von derselben Beschaffenheit. Stellenweise bildet sie ein festes, an anderen ein mehr lockeres Gewebe. In diesen letzteren umschließen die bindegewebigen Balken Hohlräume, welche Lymphocyten enthalten.

Allen drei Gruppen von Präparaten ist ferner gemeinsam, daſs Färbungen mit frisch hergestellter Methylenblaulösung innerhalb der Saftspalten groſse Zellen aufweisen, welche die gewöhnlichen Leukocyten um das Zwei- bis Dreifache überragen. Verfasser hält es für zweifellos, daſs es sich hier auch bei der Elephantiasis congenita um die Unnaschen Plasmazellen bezw. die basophilen Ehrlichschen Mastzellen handelt, die nichts anderes als Leukocyten sind und höchstwahrscheinlich durch eine Umwandlung der Leukocyten entstehen. Im ursächlichen Zusammenhang mit der Lymphstauung steht im vorliegenden Falle die starke Pigmentablagerung im Rete Malpighii, wie sie auch andere Autoren beobachtet haben.

III. **Über die Behandlung der Uterusblennorrhoe bei Prostituierten,** von Franz Parádi-Klausenburg. Nach den Erfahrungen und Beobachtungen des Verfassers ist die Blennorrhoe des Weibes, besonders die der Prostituierten, in einer sehr ansehnlichen Zahl von Fällen heilbar, in einer anderen kann sie in dem Sinne günstig beeinfluſst werden, daſs man den virulenten Prozeſs zu einem weniger virulenten, also weniger gefährlichen, umzugestalten vermag.

Bei der Behandlung der Uterusblennorrhoe hat man das Hauptgewicht auf die lokale Behandlung zu legen. Nur in sehr akuten Fällen wird man von ihr Abstand nehmen und sich mehr expektativ verhalten. Hier genügen Umschläge, Eisbeutel, Abführmittel etc. Sind die akuten Erscheinungen vorüber, kein Fieber vorhanden, oder handelt es sich von Anfang an um subakute Fälle, so beginnt man, wofern sonst keine Kontraindikationen vorliegen, mit der topischen Behandlung. Hierbei hat sich das Natrium Lygosinat, ein stark antiseptisches und gärungshemmendes Mittel, gut bewährt.

Mittels Braunscher Spritze, deren Kanüle jedesmal unmittelbar vor einer Einspritzung durch die Flamme gezogen wird, wurden intrauterine Injektionen in der Weise ausgeführt, daſs man nach sorgfältigem Abspülen der Vagina und Portio und Abtupfen der letzteren mit zuerst in Alkohol, dann in Sublimat getauchten Wattetampons und eventueller Erweiterung des Os internum uteri mit Hegarschen Sonden bei Rückenlage und Neugebauerschem Spekulum die Kanüle vorsichtig in das Cavum uteri gleiten läſst und unter schwachem Druck bei gleichzeitigem Zurückziehen der Kanüle 1 ccm der Flüssigkeit in die Uterushöhle deponiert und mit dem Rest von 1 ccm den Cervikalkanal abspült.

Die Einspritzungen werden zweimal wöchentlich, eventuell, wenn sie gut vertragen werden, auch dreimal in der Woche mit einer 5%igen Natrium-Lygosinatlösung vorgenommen. Die mikroskopische Sekretuntersuchung hat die Behandlung und ihre Resultate zu kontrollieren.

In folgendem wird an der Hand statistischen Materials die Brauchbarkeit der Methode nachgewiesen.

IV. **Über das flüchtige Reizödem der Haut und sein klinisches Vorkommen,** von L. Philippson-Palermo. Der Verfasser ist bestrebt, die Einwürfe, welche von verschiedenen Autoren, insbesondere von Neisser, Jadassohn und Wolff, gegen seine und Töröks Auffassung über die Urticaria gemacht worden sind, zu widerlegen und den Nachweis zu führen, daſs die Urticaria nicht zu den Angioneurosen zu zählen sei, sondern durch direkte Einwirkung der pathogenen Ursache auf die Gefäſse zu stande kommt und deshalb in ihrer Entstehungsweise mit der Entzündung übereinstimmt.

Der pathologisch-anatomische Vorgang bei der Urticaria ist ein flüchtiges Ödem. Dieses in seinen verschiedenen, klinischen Erscheinungsweisen festzustellen und die Bedingungen zu bestimmen, welche zu seiner Entstehung führen, hat Verfasser sich in der vorliegenden Arbeit zur Aufgabe gemacht. Das flüchtige Ödem steht in

innigster Beziehung zur Entzündung, mit welcher es die wesentlichsten Elemente der Entzündung, die kongestive Hyperämie und das Ödem, gemein hat. Diese Störungen sind nur von kürzerer Dauer als bei der Entzündung und deshalb auch weniger von nachhaltiger Einwirkung auf die Ernährung der Gewebe begleitet. Sie sind, wie Verfasser nachweist, als reaktive Reizerscheinungen an den Gefäßen aufzufassen, weshalb man das flüchtige Ödem genauer „flüchtiges Reizödem" nennen kann, im Gegensatz zu anderen Ödemarten, dem Stauungs- und hydrämischen und angiosklerotischen Ödem. Das flüchtige Reizödem entsteht unter denselben Bedingungen wie andere Reizerscheinungen, durch direkte Einwirkung schädigender Stoffe auf die Gefäßwand. Je nachdem die Ursache schwach und vorübergehend oder stark und länger dauernd auf die Gefäßwand einwirkt, wird das flüchtige Reizödem in seiner Intensität und Extensität wechseln. So sind auch die Erscheinungen, welche man als Urticaria bezeichnet, beträchtlichen Schwankungen unterworfen, und man hat danach eine Urticaria erythematosa von der Urticaria porcellana wegen der stärkeren Hyperämie, die Urticaria papulosa von der Urticaria gigas wegen der Größe der Effloreszenzen, die Urticaria perstans von der rasch vorübergehenden unterschieden. Der Übergang des flüchtigen Reizödems in einen entzündlichen Prozeß ist so unbekannt nicht, wie aus den Bezeichnungen Erythema urticatum und Lichen urticatus hervorgeht. Besnier und Doyon sind auf Grund ihrer Beobachtungen zur Ansicht gelangt, daß zwischen dem flüchtigen Reizödem und den reaktiven Reizerscheinungen an den Gefäßen, welche sie Erytheme nennen, keine Grenze zu ziehen sei.

Experimentelle Versuche des Verfassers haben ergeben, daß an Ort und Stelle des flüchtigen Reizödems, wie bei den reaktiven Reizerscheinungen an den Gefäßen überhaupt, die schädigende Substanz (die Krankheitsursache) zugegen sein muß, sei es, daß sie direkt von außen oder von innen auf dem Blutwege in die Haut gelangt, aller Wahrscheinlichkeit nach in sehr geringer Quantität, so daß schon deshalb ein Auffinden der schädigenden Stoffe außerordentlich erschwert ist.

V. **Zur Wirkung der Balsamica**, von R. Winternitz-Wien. Die Ergebnisse seiner Tierversuche unter Vergleichung mit den Symptomen der klinischen Beobachtung resumiert Verfasser folgendermaßen:

„Die Balsamica rufen bei kleineren Tieren (Kalt- und Warmblütern) toxische bezw. tödliche Wirkungen hervor. Eine sichere Erklärung für den Tod der warmblütigen Tiere war nicht möglich, zu finden. Die beim Tiere erzielten Giftwirkungen sind in geringerem Grade bei der medikamentösen Verabreichung beim Menschen zu beobachten. So die Magen-Darmerscheinungen, beim Menschen als Appetitstörung, zeitweilige Stuhlverstopfung, im Tierexperiment als völliges Aufhören der Freßlust, welches zur tödlichen Inanition führen kann; weiter Erscheinungen von seiten der Niere, und zwar geringe Eiweißausscheidung und Auftreten von etwas Blut im Harn — beides beim Menschen und in den Tierversuchen beobachtet.

Beim Menschen durch den Genuß von Balsamicis entstehende Exantheme sind im Tierversuche nicht beobachtet worden, wohl deshalb, weil nicht geeignete Tiere gewählt worden sind. Bezüglich der therapeutischen Wirksamkeit ist die diuretische Wirkung der Balsamica und ihr günstiger Einfluß bei der Therapie zweifellos. Als nicht absolut sicher, aber als wahrscheinlich ergibt sich ein günstiger direkter Einfluß der Balsamica auf den Ablauf der Entzündungserscheinungen, indem das entzündliche Exsudat schneller resorbiert, das Gewebe früher zur Norm zurückgeführt wird."

VI. **Über Ulcus molle miliare, sogenannten Follikularschanker**, von Hans Vörner-Leipzig. Die Untersuchungen einer Serie von Präparaten haben ergeben, daß „das anatomische Substrat der als Follikularschanker bezeichneten Effloreszenzen ein durch den Streptobacillus hervorgerufener kleinster, entzündlicher Herd ist, welcher,

wie das gröfsere typische Ulcus molle, allerdings in den kleinsten Dimensionen eine Perforation mit lotrechten Wänden durch die Epidermis verursacht und in der Cutis ein entzündliches Infiltrat mit den gleichen charakteristischen Eigenschaften veranlafst".

Der Follikularschanker ist nicht als Mischinfektion aufzufassen, da der Streptobacillus allein in Reinkultur innerhalb der Effloreszenzen sich vorfindet. Die Bezeichnung „Follikularschanker" ist nicht ganz korrekt, da man unter Folliculitis eine primäre Entzündung der Haar- oder Talgfollikel versteht, während in den vom Verfasser mitgeteilten Fällen die Affektion nicht einmal ihren Ausgangspunkt von diesen Organen nimmt, dieselben höchstens sekundär in Mitleidenschaft zieht.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologisches Centralblatt.

VI. Jahrg. No. 8.

Über die Tripperprophylaxis, von Moritz Porosz. Verfasser plädiert dafür, dafs alle Prostituierten strenge dazu angehalten werden, sich Ausspülungen mit 1‰ger Lösung von Acid. nitr. pur. zu machen, wodurch der Tripperinfektion vorgebeugt wird.

No. 9.

Beitrag zur Pockeninfektion, von Gottfried Trautmann. Ein Arzt kommt im Hospital St. Louis in Paris mit einem Pockenfall in Berührung. Nach 12 Tagen erkrankt er an Pocken, die einen leichten Verlauf nehmen. Zu Eiterpusteln kommt es nicht; es tritt allerdings die Eiterfieberkurve ein, aber das Exanthem bleibt papulös. Der milde Verlauf ist wohl auf die elf Jahre zurückliegende Revaccination zurückzuführen.

No. 10.

Ein einfacher Penissuspensionsverband, von J. Weinberg. Ein T-förmiges Pflaster wird so um den Penis gelegt, dafs das 12 cm lange Querstück von unten her den Penis umfafst; mittels des 12—15 cm langen Längsstücks wird dann der Penis am Abdomen befestigt.

Beitrag zur Kasuistik des Pemphigus, von S. Prissmann. Verfasser schildert zunächst einen Fall, den er als Pemphigus neonatorum acutus gangraenosus malignus bezeichnen möchte. Ein neun Tage altes Kind bekommt unter Temperaturerhöhung grofse, schlaffe Blasen, an deren Sitz zum Teil Nekrose eintritt. Das Bild ähnelte einem Pemphigus foliaceus. Tod am 13. Lebenstage. — Ein zweiter Fall betrifft einen Pemphigus foliaceus subacutus bei einem 17jährigen Mädchen, der letal endete. Begonnen hatte das Leiden mit einer Affektion der Mundschleimhaut an einer Stelle, an dem 14 Tage vorher ein Zahn extrahiert war.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Monatsberichte für Urologie.

Band VIII, Heft 5.

Zur Harndesinfektion, von E. Impens. Die Wirkung des Urotropins ist nicht immer eine genügende, da bei stark ammoniakalischem Harn die Abscheidung des Formaldehyd zu langsam vor sich geht. Verfasser prüfte ein Kondensationsprodukt des Formaldehyd mit der Citronensäure, die Anhydromethylencitronensäure. Eingehende Versuche erwiesen, dafs dieselbe weniger toxisch ist als das Urotropin, und im Organismus sehr leicht gespalten wird. Jedoch erscheint das Formaldehyd im Harn im gesunden Zustande, weshalb die gärungshemmende Wirkung nur

schwach ist. Eine energische Wirkung erhält man aber durch Kombination der Anhydromethylencitronensäure mit dem Hexamethylentetramin (Urotropin). Das sich ergebende Produkt ist das Helmitol. Dieses bewährte sich sehr; seine Wirkung ist eine länger anhaltende als diejenige des Urotropins. Auch ist es schonender für die Harnwege, da der Effekt mit kleineren Dosen erzielt wird. — Da es die Acidität des Urins abstumpft, dürfte es auch bei der Gicht zu versuchen sein.

Über die Kapazität der Urethra anterior bei Japanern, von S. Asakura. Die Prüfung der Kapazität der vorderen Harnröhre mittels Spritze und Irrigator ergab bei 50 Japanern eine Menge von 8—16 ccm; meistens waren es 8—9—10 ccm.

Ein Photographier- und Demonstrationscystoskop, von Leopold Casper. Das geschilderte Instrument gestattet eine photographische Aufnahme zu machen, während man das Bild selbst betrachtet. Ein Doppelprisma läfst das Bild einmal gerade in der Richtung zur Achse zum Auge des Beobachters durchtreten, während dasselbe gleichzeitig im rechten Winkel zur photographischen Platte abgelenkt wird. Expositionszeit: 2—3 Sekunden. Es leuchtet ohne weiteres ein, dafs dieses Cystoskop gleichzeitig zur Demonstration dienen kann.

Heft 6.

Experimentelle Beiträge zur hämatogenen Niereninfektion von den Harnwegen, insbesondere von der Harnblase aus, von K. Sakata. Folgende Fragen stellte sich Verfasser zur Beantwortung:

1. Kann eine auf chemischem oder mechanischem Wege erfolgte aseptische Reizung der Blase ebenso leicht eine Kongestion der Niere auf nervösen Bahnen bewirken wie eine entzündliche?

2. Können die in das Blut gebrachten Entzündungserreger bei einem Tiere, bei dem die Blase vorher aseptisch gereizt wurde, die Niere leichter infizieren, als bei einem solchen, bei dem dies nicht geschehen ist?

3. Können die in die Blase eingeführten Entzündungserreger ohne ascendierende Weiterverbreitung, sowie ohne Urinstauung schon allein eine Infektion der Niere bewirken? Natürlich in der Voraussetzung, dafs die Entzündungserreger eine Cystitis hervorgerufen haben.

4. Bewirken in die Blase eingeführte Entzündungserreger leichter eine Infektion der Niere nach Unterbindung des Harnleiters oder ohne diese?

5. Bewirken auch die in das Blut eingeführten Entzündungserreger eine ebenso starke Infektion der Niere nach Unterbindung des Harnleiters?

Die Antworten lauten:

Eine hämatogene Niereninfektion tritt ohne Cystitis und ohne Urinstauung sehr schwer ein. — Dieselbe kann etwas leichter bei Cystitis ohne Urinstauung eintreten, wobei die nervöse Wirkung das allein veranlassende Moment ist. — Sie tritt bedeutend leichter ein, wenn nur Urinstauung ohne Cystitis vorhanden ist. — Am leichtesten ist die Entstehung der Infektion bei gleichzeitigem Vorhandensein von Cystitis und Harnstauung; Stauung und nervöse Einflüsse sind dabei von Bedeutung.

Die Drüsen und Cysten im Epithel der Harnröhre bei Männern und Frauen, von Rudolf Paschkis. In der Harnröhre des Mannes findet man interepitheliale Drüsen meistens an der dorsalen und in beiden seitlichen Wänden, bei Erwachsenen in gröfserer Zahl als bei jüngeren Individuen; besonders viele zeigt die Pars cavernosa. Die Urethra des Weibes enthält keine interepitheliale Drüsen, dagegen viele Cysten. Der Mann weist besonders in der Pars prostatica viele Cysten auf; sie scheinen mit dem zunehmenden Alter an Zahl abzunehmen, wahrscheinlich indem Drüsen daraus hervorgehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
Bd. I. No. 3.

Nach welcher Richtung läfst sich die Reglementierung der Prostitution reformieren? von A. Neisser-Breslau. Die Vorschläge, die Neisser in der vorliegenden Arbeit in der allergründlichsten und umfassendsten Weise erläutert und betrachtet, sind zum Teil schon erörtert und besprochen worden, so dafs es angängig erscheint, nur die Hauptpunkte kurz zu wiederholen. Die Prostitution, selbst wenn sie als Delikt angesehen würde, darf aus Zweckmäfsigkeitsgründen nicht unter Strafe genommen werden. Andererseits besteht eine Verpflichtung des Staates, seine Bürger gegen die von dem Dirnenwesen drohenden Schädigungen zu beschützen. Dies tut der Staat aus moralischen wie sanitären Rücksichten. Überhaupt mufs derselbe alles unterdrücken, was die Geschlechtsleiden zu propagieren geeignet ist, und alle Schäden sozialer Art legislatorisch zu beheben versuchen, die in obigem Sinne disponierend zu wirken vermögen. Die Reglementierung von heute ist ungenügend, ja, sogar zum Teil schädlich. Dem ganzen System derselben fehlt die Basis der Gesetzgebung. Die Eingeschriebenen genieſsen nicht den genügenden rechtlichen Schutz. Die Kontrollierung und die sie begleitenden Umstände machen eine Rückkehr der Mädchen zum ehrlichen Erwerbe schwer oder schlieſsen sie gänzlich aus. Gleichwohl ist der Hang zum gewerbsmäfsigen Feilbieten des Körpers unter der weiblichen Bevölkerung weit verbreitet. Der Akt wird nur zu verheimlichen gesucht, eventuelle daraus resultierende Krankheiten ist man zu verbergen bestrebt. So fehlt die Behandlung durch berufene Hände, und der Ansteckung weiterer Kreise ist Tor und Tür geöffnet. Gerade die Überweisung in Spitäler ist bei den Prostituierten besonders gefürchtet. Alle sich prostituierenden Frauen zu kontrollieren, ist der Polizei überdies eine technisch undurchführbare Aufgabe. Dazu fehlt es an spezialistisch ausgebildeten Ärzten, in den Spitälern an Betten für Venerische. Auch die ärztliche Kontrolle wird von den Dirnen wie eine polizeiliche Maſsnahme gefürchtet, — die Überführung ins Krankenhaus kommt einer Verhaftung fast gleich, Fehlen bei der Untersuchungsstunde wird mit Haft u. a. geahndet. Kranke Prostituierte, die das Spital zu gewärtigen haben, bleiben deshalb der Kontrolle zeitweise fern oder wenden sich in eine andere Stadt. Die Garantie, dafs alle infektiösen, besonders alle noch ansteckenden Tripperaffektionen bei der ärztlichen Untersuchung erkannt werden, ist eine sehr geringe. Es fehlt an Ärzten und Zeit, um die Gonokokkenuntersuchungen bei allen Mädchen gewissenhaft durchzuführen. Gleichwohl glaubt die Männerwelt an den sanitären Nutzen der Kontrolle, hält die reglementierten Dirnen für gesund und leidet dann durch eine Einrichtung geschlechtlichen Schaden, durch die derselbe nach Meinung des Publikums gerade ausgeschlossen ist. — Es gilt also, weitreichende Reformen einzuführen. Vor allem ist die gesamte Frage der Überwachung von Prostitution und Bekämpfung der venerischen Seuchen legislatorisch zu regeln. Jede Stadt oder jeder Bezirk erläfst zur Ausführung ein den örtlichen Verhältnissen angepafstes Ortsstatut. Der Hauptzweck des neuen Gesetzes mufs der sein, möglichst viel sich prostituierende Frauen in sanitärer Hinsicht zu beobachten, dieser Bewachung aber alle Mifsstände und Schädlichkeiten des jetzt üblichen Polizeikontrollsystems zu nehmen. Dem sanitären Charakter mufs der polizeiliche weichen. An die Stelle der Sittenpolizei soll nach Neissers Vorschlag eine Sanitätskommission treten, welche aus einem beamteten Arzt, Richtern und Laien (Schöffen) bestehen mufs. Diesem Kollegium werden alle Personen, sowohl von der Polizei als von Ärzten namhaft gemacht, welche quoad veneriam gemeingefährlich sind oder verdächtig erscheinen. Männliche beziehentlich weibliche Beamte führen sie unter Umständen der Kommission vor. Die Polizei recherchiert, meldet der Kommission, steht ihr als Exekutive zur Seite, bewirkt aber

keine Verhaftungen mehr aus sittenpolizeilichen Gesichtspunkten. § 361, 6. Absatz: „welche, ohne einer solchen unterstellt zu sein, gewerbsmäfsige Unzucht treiben", ist demgemäfs zu streichen. Ärzte wie Sanitätskommission sind dem Berufsgeheimnis unterworfen, erstere werden nur letzterer gegenüber in obengenannten Fällen entbunden. Erst durch richterliche Weiterungen und Urteile gegen venerisch Kranke und gemeingefährliche Personen erlischt die Verpflichtung der Verschwiegenheit für Arzt wie Kommission. Letztere belehrt und verwarnt die ihr vorgeführten Individuen bezüglich Infektiosität der sexuellen Leiden, Übertragbarkeit, gebotene Abstinenz auf geschlechtlichem Gebiet, eventuelle Schadenersatzpflicht und strafrechtliche Folgen gefährdenden Verkehrs. Über Belehrung und Warnung hat jede Person durch Unterschrift zu quittieren. Die Kommission ordnet ferner ärztliche Überwachung und Behandlung an, wobei eine Erkennungskarte verabfolgt wird; auf dieser sind Daten über Untersuchungen und Kuren einzutragen, die in bestimmten Polikliniken oder von beamteten Ärzten und Ärztinnen nach dem Stande der Wissenschaft vorzunehmen sind. Von hier aus kann auch Behandlung im Krankenhaus angeordnet werden.

Die Sanitätskommission tritt ferner auch mit Fürsorge- und Hilfsvereinen für weibliche Personen in Verbindung, um so zu einem Mittelpunkt der Bestrebungen zu werden, Mädchen der Prostitution zu entreifsen, Gefallene zu heben, Reuige der Gesellschaft zurückzuführen. Die gesamten Kosten der Sanitätskommission und der von ihr angeordneten Mafsnahmen trägt die Staatskasse. Auf alle venerischen und der Prostitution verfallenen minderjährigen weiblichen Personen sind die Bestimmungen der Fürsorgegesetzgebung anzuwenden. (Preufsen, 2. Juli 1900.) Bis zum Eintritt der richterlich anzuordnenden Zwangserziehung unterstehen diese Personen der Aufsicht der Sanitätskommission. Sich prostituierende Individuen sind gewissen Verordnungen betreffs der Wohnung unterworfen, für deren Innehaltung die Hauswirte haftbar zu machen sind. § 180 des Strafgesetzbuches ist dafür zu beseitigen. Es ist erlaubt, Bordelle geschlossener, wie offener Art, sowie Absteigehäuser zu errichten, sofern sämtliche Bewohnerinnen täglich durch berufene ärztliche Kräfte streng nach den Anforderungen der Wissenschaft untersucht werden und, wenn die Freizügigkeit der Mädchen garantiert, sowie ihre Ausbeutung unmöglich gemacht ist. Zuwiderhandlungen gegen die Befehle der Sanitätskommission hat der Richter mit langen, schweren Freiheitsstrafen zu ahnden, auch kann derselbe Polizeiaufsicht verhängen. Für rückfällige Prostituierte bleibt die Internierung in Arbeitshäusern u. s. w. vorbehalten. — Neisser rät, schon jetzt allmählich Reformen einzuführen, um später bei Durchführung seiner vorgeschlagenen Reformgesetzgebung leichter Erfolge und besseren Boden für die Bearbeitung zu finden. Dazu schlägt er die Überweisung von Prostituierten schon jetzt zur ambulanten Behandlung und Überwachung an öffentliche allgemeine Polikliniken für Haut- und Frauenkrankheiten vor, zumal wenn sie mit Spitälern verbunden sind, ebenso an einzelne beamtete Spezialärzte. Die Polizei dient für all diese Organe nur als Exekutive im Falle des Bedarfs bei Renitenz. Widerspenstige Prostituierte werden auch ferner in Polizeilokalen zu untersuchen sein. Hand in Hand mit obigen Reformen gehe eine Vermehrung des ausgebildeten ärztlichen Personals. In die Kosten teilen sich Staat und Gemeinden. Erkennungskarten sind sogleich einzuführen. Inskriptionen, ohne richterliche Entscheidung, sollten gar nicht mehr vorkommen. Alle Prostitutionsverdächtigen sollten schon jetzt von beamteten Ärzten oder Ärztinnen und zwar in medizinischen Lokalitäten untersucht werden. *Hopf-Dresden.*

American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases.
1903. No. 3.

Prostatahypertrophie vom chirurgischen Standpunkt, von GEORGE M. PHILLIPS-St. Louis. Die Abhandlung bildet die Antwort der hervorragendsten Chirurgen Amerikas auf eine Umfrage, welche der Verfasser an dieselben über das Thema Prostatahypertrophie gerichtet hat. Die Anfragen erstreckten sich auf alle Faktoren. So lautete eine Frage: Welchen Anteil hat Arbeit auf die Entwicklung einer Hypertrophie der Vorsteherdrüse? Leidet der Phlegmatiker oder der Nervöse, der Dicke oder Magere am meisten daran? Ferner erstreckte sich die Umfrage auf Ätiologie, Wert des Cystoskops zu Zwecken der Diagnose, Einfluſs der Lebensweise, des Alkohols und der chronischen Stuhlträgheit auf die Entstehung von Prostatahypertrophie, auf die verschiedenen symptomatischen therapeutischen Methoden und die chirurgischen Arten der Behandlung u. a. mehr. Das Referat wird einige der Antworten, die von Interesse sind, herausgreifen. BRAUSFORD LEWIS-St. Louis hält eine sitzende Lebensweise für prädisponierend und ebenso den Fettreichtum des Körpers. Ätiologisch hält er die Prostatahypertrophie für die Folge subakuter oder chronischer, kongestiver und entzündlicher Prozesse des Organs. Verstopfung und Alkohol erhöhen letztere, wirken also begünstigend auf die spätere Hypertrophie. Unterbindung der Vasa deferentia nahm er zweimal, Kastration dreimal erfolglos vor. Die Bottinioperation nahm er 18 mal vor. Gute Erfolge wechselten mit schlechten und mäſsigen ab. MURPHY-Chicago vermag ätiologisch keinen Faktor verantwortlich zu machen. Das Cystoskop hat keinen diagnostischen Wert für die Erkennung der Vorsteherdrüsenhypertrophie. Als Palliativmittel verwendet er heiſse Bäder, Trinken groſser Mengen destillierten Wassers, Opium- und Belladonnastuhlzäpfchen. Er vermeidet Spülungen und Katheterisieren. Die Kastration hatte nur in zwei von den operierten Fällen günstige Einwirkung auf die Prostata. BOTTINIS Operation wendet er nicht an, vielmehr pflegt er die suprapubische Drainage vorzuziehen. Diese wendet er seit zehn Jahren an. Die Erfolge waren aber nicht befriedigend. Suprapubische Prostatektomien vollzog er in etwa 15—20 Fällen, ebenfalls ohne gute Resultate zu erzielen. 29 mal, stets mit gutem Erfolg, wandte er die perineale Prostatektomie an. Letztere Operation ist wohl die Methode der Zukunft. FERGUSON-Chicago gibt für die Prostatectomia suprapubica 25 %, für die Prostatectomia perinealis 3,4 % und für BOTTINI 33⅓ % Mortalität an. F. C. VALENTINE-New York hält die Prostatahypertrophie für ein Leiden, das eher eine Schwäche als eine Krankheit ist (GUYON). Daher geht er stets palliativ vor. Der Patient ist dadurch stets frei von Gefahr und in guter Verfassung erhalten. MACGOWEN-Los Angeles dagegen hat in den letzten 17 Jahren über 500 Prostatiker behandelt und die Mehrzahl von ihnen auf dem Wege der palliativen Behandlung hilflos zu Grunde gehen sehen. Er wandte 29 mal FREUDENBERG-BOTTINIS-Operation an, die, wenn auch nicht überall erfolgreich, doch hervorragend wertvoll erscheint, achtmal die suprapubische Drainage und 21 mal suprapubische oder kombinierte Prostatektomie als radikales Hilfsmittel, sowie 28 mal die perineale Entfernung der Drüse. Letztere Methode ist die erfolgreichste, obwohl auch hier Todesfälle zu verzeichnen sind. HALSTEAD-Chicago führte zweimal, ohne Erfolg, die Vasektomie aus; die Orchidektomie wendete er viermal an, wobei ein Todesfall, zwei Besserungen, eine dritte vorübergehender Art. BOTTINI besserte in beiden operierten Fällen das Allgemeinbefinden, während die Cystitis nur in dem einen Fall sich besserte. Prostatektomien führte HALSTEAD fünfmal aus, dreimal perineal, einmal suprapubisch, einmal kombiniert. Erstere erzielten groſse Besserungen. Bei dem Kranken der Prostata suprapubica bestand 1½ Jahr eine Fistel, er ging an Infektion der Nieren zu Grunde. Der Fall der kombinierten Drüsenentfernung wurde total geheilt.

No. 4.

1. **Mediane perineale Urethrotomie und Cystotomie durch einen oberflächlichen Transversalschnitt, nach Celsus**, von Walter G. Spencer. In zehn Fällen von komplizierten Strikturen, Blasensteinen und Prostataverlegung wendete Verfasser diese älteste systematisch beschriebene und von Celsus berichtete Operationsmethode eines oberflächlichen, halbmondförmigen, transversalen Perinealschnitts, in der dann kreuzend längs der Mittellinie tief hineingelegt wird, entsprechend dem hinteren Abschnitt der Harnröhre und dem Blasenhals an. (Celsus, Buch VII, Kapitel 26.) Die Enden des hufeisenförmigen Schnittes kommen neben den After median von dem Tuber ischii zu liegen. Die Fossae ischio-rectales werden frei gemacht, der M. sphincter ani externus von der Perinealwand abgelöst, Anus und unterster Mastdarmabschnitt mit den Fingern nach rückwärts gezogen und mit einem flachen Instrument so fixiert gehalten. Nun geht man auf die mit dem prostatischen und membranösen Abschnitt hier in der Tiefe liegende Harnröhre ein und spaltet sie median und lang von der mittleren Raphe des M. bulbo-cavernosus an bis zur Vorsteherdrüse. Bezüglich des Heilungserfolges ist es von Wesenheit, den Schnitt genau in der Mittellinie zu führen. Ist die Urethra permeabel, so bedient man sich zur Markierung einer Sonde. Durch die nach der Blase zu erweiterte Harnröhre vermag dann der tastende Finger durchzudringen und den Blaseninhalt abzutasten, wobei die andere Hand vom Abdomen her gegendrückt. Das weitere operative Vorgehen wird durch das direkte Zugänglichsein des Operationsfeldes für das Auge des Operateurs.

2. **Pemphigus vegetans**, von Hamburger und Rubel-Baltimore. Unsere Ansichten über Pemphigus haben sich seit dem Beginn des vergangenen Jahrhunderts bedeutend gewandelt. Während früher jeder blasige Hautausschlag Pemphigus genannt wurde, und Martius 1829 noch 96 Abarten der Affektion beschrieb, haben wir es zurzeit nur mit vier Modifikationen zu tun, dem Pemphigus vulgaris, foliaceus Cazenave, Dermatitis herpetiformis Duhring und dem Pemphigus vegetans Neumann. Wesen und Verlauf letzterer Form sind dem Leser geläufig. Die Verfasser berichten einen einschlägigen Fall bei einem 52jährigen Farmer. Derselbe hat verschiedene Kinderkrankheiten, Sonnenstich, Blutvergiftung der Haut, Ekzem und Schüttelfröste durchgemacht. Seit fünf Jahren fühlte er sich besonders schwach. Venerisch krank will er nie gewesen sein, auch nicht viel Alkohol getrunken haben. Die gegenwärtige Krankheit begann Januar 1900 mit Heiserkeit und Geschwüren der Lippe, Zunge und Wangenschleimhaut, welche zuerst als Bläschen imponierten. Etwa einen Monat darauf zeigte sich in der linken Leistengegend eine Hautläsion, die als Ekzem diagnostiziert wurde und unter Behandlung anscheinend verschwand. Eine gleiche Eruption trat dann in der rechten Leistengegend auf, doch blieb hier die Therapie erfolglos, auch trat die Dermatose der linken Seite wieder auf. Letztere breitete sich nun ständig aus, so dafs der Kranke zu Bett liegen mufste. Die Symptome vom Mund zeigten sich währenddem periodisch. Zu dieser Zeit stellte man die Diagnose Lues und behandelte den Patienten spezifisch; der Mund vertrug diese Kur schlecht, die Dermatose gut. Nun traten an Rücken und Armen gelbe Bläschen auf, das Allgemeinbefinden verschlechterte sich, Kauen, Schlucken waren erschwert, das Körpergewicht ist innerhalb des letzten Jahres um fast 80 Pfund zurückgegangen. Später blieben nur Hohlhände und Sohlen vom Pemphigus, der nunmehr offenbar wurde, verschont. Am rechten Ohr und an den Lippen sowie der Nasenöffnung befinden sich starke Krusten über den ehemaligen Blasen. Ungewöhnlich sind die Hautveränderungen in beiden Leisten. Dieselben werden von erhabenen grünlichbraunen, faulig riechenden, 10 : 20 cm umfassenden Wucherungen gebildet, deren Oberfläche krustös und zerrissen ist. Ein papillärer Charakter ist bei genauerer Betrach-

tung unverkennbar. Die Läsion erstreckt sich auch auf die äufsere Seite des Hodensackes bis zum After hin. Kulturen des Blaseninhalts fielen negativ aus oder zeigten den Staphylococcus aureus. Im Sekret der Bläschen vom Munde fand sich ein kleiner Bacillus fast in Reinkultur. Derselbe bildet in Bouillon Ketten und Gruppen, ist unbeweglich, färbt sich unregelmäfsig und bildet auf Agar einen feuchten, gräulichen Rasen mit scharfem, fein gezacktem Rand. Gelatine bleibt unverflüssigt.

3. **Spermatorrhoe als Krankheit sui generis**, von De Armond-Davenport. Sturgis-New York hatte kürzlich eine Arbeit veröffentlicht über den Unterschied zwischen Spermatorrhoe und Samenverlusten. Er kam zu folgenden Schlüssen. Spermatorrhoe ist eine eigene Krankheitsentität, hat nichts mit Pollutionen zu tun und führt nicht gewöhnlich zur Impotenz. Pollutionen können mit Spermatorrhoe vergesellschaftet sein; sie führen vielfach zu Impotenz. Armond wendet sich gegen diese Sätze.

4. **Die Prostitution in Japan**, von Albert S. Ashmead-New York. Im Jahre 1867 unterdrückte die japanische Regierung in Tokio das Wohnen nach Belieben der Prostituierten und sammelte sie in einem „Vergnügungseck", dem Viertel Yoshiwara. Dessen Häuser stehen unter ständiger ärztlicher Beaufsichtigung; die Untersuchungen finden in der Woche einmal statt. Das Verlassen des Distriks ist den Prostituierten nur gegen einen Urlaubspafs gestattet und in Begleitung von Dienerin oder Verwandten. Krank befundene Mädchen kommen in ein besonderes Spital in der Stadt. Der Stand der Dirnen ist in Japan sehr verachtet, Heiraten von solchen passieren selten, meist bleiben die Weiber bis zum Tode in Yoshiwara. Was sie dazu treibt, Prostituierte zu werden, ist Armut und Genufssucht.

5. **Geschichtliches und Experimentelles über Prostatachirurgie**, von B. M. Ricketts. Hume war 1806 der erste, der die Prostata anatomisch beschrieb. Der Mensch ist das einzige tierische Wesen, bei welchem Hypertrophie dieser Drüse vorkommt. Otis gibt an, dafs die Prostatavergröfserung in Japan, China und Indien unbekannt ist. Ätiologisch hält der Verfasser den Übergang des Menschen aus der quadrupedalen in die bipedale Position für einen Hauptfaktor. Estländer wendete 1878 zum erstenmal Prostatamassage, Hogge zuerst elektrische Massage an. Lewis verwarf 1899 instrumentelle Massage und empfahl die digitale. Heurate injizierte 1896 Hodenextrakt in die Vorsteherdrüse, Mears führte 1894 die Unterbindung der Samenstränge aus, Loumeau 1895 die Vasektomie; Mercier hatte zum erstenmal 1857 die Kastration gegen Prostatahypertrophie ausgeführt, aber erst White, Ramm und Cobat nahmen dies Verfahren 1893 wieder auf. Die Prostatotomie von der Urethra aus geht auf Home zurück (1817), die galvanokaustische Behandlung der Drüse auf Rabitsch und Bottini (1875). Verfasser verwirft letztere Methode, weil man im Dunkeln operiert, und wegen der grofsen Sterblichkeit. Die beste Operationsmethode stellt die perineale Prostatektomie dar, die zuerst 1857 von Gibb empfohlen wurde. Lisbink war einer der ersten, der 1882 die Drüse suprapubisch entfernte.

6. **Syphilis des Nervensystems**, von Frank E. Coulter-Omaha. Keine neuen Gesichtspunkte.

7. **Ein einfaches Heilmittel für Varicocele**, von Brewer-King City. Verfasser verweist auf die enorme Häufigkeit der Varicocele, welche sich unter den für den Feldzug auf Cuba und den Philippinen sich Meldenden in über 68% vorfand, und die nach Angabe eines anderen Autors bei 95% der männlichen Bevölkerung vorhanden sein soll. Vorliegende Mitteilung empfiehlt einen Verband, der das Scrotum in gehobener Lage befestigt.

8. **Das Sublamin in der Syphilisbehandlung**, von Friedländer-Berlin. Die einzige streng wissenschaftliche Methode der Einverleibung von Quecksilber ist die

Injektionsmethode. Leider haben alle bisher gebräuchlichen Merkursalze allerhand Nachteile und Unzuträglichkeiten im Gefolge. Verfasser bricht eine Lanze für das lösliche Sublamin. Er hat es in 34%iger Lösung bei 15 Syphilitischen in 280 Injektionen angewendet und eine exakte Wirkung bei Prozessen aller Stadien beobachtet. Infiltrate wurden zwar nicht ganz vermieden, waren aber klein und weich. Schmerzen verursachten die Einspritzungen fast nicht. *Hopf-Dresden.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1903. Heft 4, 5, 6.

Beitrag zum Studium des Hidrocystoms nebst Bemerkungen über die Granulosis rubra nasi, von AUGUST LEBERT-Bern. L. hat in einem Fall von Hidrocystom eine ganz sorgfältige mikroskopische Untersuchung eines ausgeschnittenen Hautstückchen vorgenommen und gelangt dabei zu demselben Ergebnis wie JARISCH; auch er konnte eine Beziehung zwischen den Schweifsdrüsen-Ausführungsgängen und der Cyste in keinem einzigen Schnitt nachweisen. Er versucht dann, zwischen dieser Neubildung und der Granulosis rubra nasi einen ursächlichen Zusammenhang herzustellen, wobei er sich auf eine Beobachtung von JADASSOHN stützt. Es wäre möglich, meint er, dafs durch irgend einen entzündlichen Vorgang in der Nähe der Schweifsdrüsenausführungsgänge diese obliterieren oder teilweise ganz verschwinden, während die Schweifsdrüse selber in ihrer sekretorischen Tätigkeit nicht beeinträchtigt wird. Auf diese Weise liefse sich das Zustandekommen der Hidrocystome wohl erklären.

Über eine im Sommer auftretende herdweise Desquamation an den Händen, von A. CARAYON-Bordeaux. Von dieser Dermatose kommen nach C. zwei Formen vor. Die eine ist sehr häufig; bei ihr handelt es sich um ganz feine Abschuppungen an der Volarseite der Hand und der Finger; die Patienten werden in keiner Weise dadurch belästigt. Zu dieser Form wird ein Fall mitgeteilt.

Ungleich seltener ist die zweite Form. Verfasser hat im ganzen drei Fälle davon beobachtet, in der Literatur nichts weiter darüber gefunden.

Es bilden sich, immer nur in den heifsen Monaten, meistens auf der inneren Handfläche weifsliche oder bräunliche Flecke von Linsen- bis Einfrankstückgröfse; sie bestehen aus trockener, verdickter Epidermis, die sich von ihrer Unterlage gelockert hat. Unterhalb dieser Epidermis befindet sich keinerlei Flüssigkeit. Die Cutis bleibt immer frei von jeder Entzündung. Jeder solcher Herd hat einen Bestand von drei bis vier Wochen. Häufig bilden sich an den ausgeheilten Stellen neue Herde. Das Leiden ist wenig schmerzhaft und behindert nur bei sehr starker Ausdehnung den Gebrauch der Hände etwas. Umschläge von 1%iger Resorcinlösung, während der ganzen Nacht aufgelegt, haben sich am wirksamsten dagegen erwiesen. In den drei Fällen von C. handelte es sich um Leute, die nie mit den Händen schwer gearbeitet hatten.

Über angeborene Dyskeratosen und ihre Beziehungen unter einander, von E. LENGLET. Diese Abhandlung richtet sich im wesentlichen gegen MÉNEAU. M. hatte in der Februarnummer der Annales in einem Artikel: „Über die Ichthyosis foetalis und ihre Beziehungen zur Ichthyosis vulgaris" behauptet, dafs zwischen beiden Formen kein grundsätzlicher Unterschied bestehe, dafs sie vielmehr nur Ringe einer Kette bilden, an deren einem Ende die immer tödlich verlaufende schwere Form der Ichthyosis foetalis, an deren anderem Ende eine harmlose Varietät der Ichthyosis vulgaris stehe. Gegen diese Auffassung wendet sich LENGLET mit einer gewissen Gereiztheit; durch sie werde in die Ichthyosenlehre das Chaos wieder eingeführt; er aber wolle die Unterscheidung, die Ordnung. Er gliedert die ichthyotischen Erscheinungen in acht Hauptklassen. 1. Die Störungen finden sich nur an den Hautanhängen

— Haare, Nägel, Zähne — und Hautdrüsen. 2. Die lamellöse Hautabblätterung der Neugeborenen. 3. Die Ichthyosis foetalis. 4. Die Keratodermia palmaris et plantaris symmetrica hereditaria. 5. Die Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis Brocq. 6. Die Ichthyosis vulgaris. 7. Die kongenitalen bullösen Formen. 8. Die teilweisen oder verallgemeinerten Atrophien der Haut.

Mögen immerhin einzelne dieser Typen gleichzeitig auftreten und ganz verwickelte Krankheitsbilder liefern, so sind sie selbst dann dem geübten Auge noch unterscheidbar.

Eine bessere Klassifikation der angeborenen Hautkrankheiten läfst sich zur Zeit noch nicht geben. Besonders ist uns eine solche noch nicht gestattet auf Grund der Embryologie und der fötalen Störungen im Wachstum der Haut. Doch glaubt L. im Wachstum der embryonalen Epidermis zwei Zeitpunkte annehmen zu dürfen, die für ihre normale oder abnorme Weiterentwicklung kritische Bedeutung haben; es sind das der Zeitpunkt, da sich — bei den Tieren — die homologe Schicht vom Epitrichium trennt, der andere derjenige, in dem die bleibende Epithelschicht sich unter der Epitrichialschicht bildet. Dieser Gesichtspunkt war für L. bei seiner weiteren Beweisführung mafsgebend.

Keloid des Ohrläppchens. Heilung mittels bipolarer Elektrolyse, von L. Perrin-Marseille. Das Keloid safs am rechten Ohrläppchen; es war nach Durchlochung des Ohrläppchens zum Zweck der Einlegung eines Ohrrings entstanden und allmählich gewachsen, so dafs es nach und nach eine Länge von nahezu 1 cm und eine Höhe von 6—7 mm erreichte. Alle dagegen empfohlenen Mafsnahmen, Skarifikationen, blutige Entfernung u. s. w., hatte der Verfasser im Laufe von sechs bis sieben Jahren dagegen erschöpft; es war immer wieder zurückgekehrt. Zuletzt gelang ihm die Beseitigung, die bei Abfassung seines Berichts schon acht Monate anhielt, mit Hilfe der bipolaren Elektrolyse. Über die Technik dieses Verfahrens verbreitet er sich ausführlich.

Eine klinisch-histologische Studie über sechs Fälle von peripilärem Syphilid, von Georges Jonitescu-Bukarest. Das Hautsyphilid, das J. hier beschreibt, ist schon lange bekannt; er glaubt sich aber berechtigt, es auf Grund seiner Symptomatologie und seiner pathologischen Anatomie zu einer besonderen Varietät zu stempeln. Er unterscheidet zwei Unterarten seines Typus; die eine gleicht dem Lichen skrofulosorum, die andere der Keratosis pilaris. Erstere Form wurde bislang unter dem Lichen syphiliticus mit aufgeführt, letztere ist bisher noch nicht beschrieben.

Die erstere Form des kleinpapeligen Syphilids erscheint meistens in den ersten Monaten einer frischen Syphilis. Der Ausschlag besteht aus gleichartigen, konischen Papeln von Stecknadelkopf- bis Hanfkorngröfse und roter bis kupferroter Färbung. Jede Papel ist von einem Haar durchbohrt. Sie treten überall am Körper sehr zahlreich auf und vereinigen sich häufig zu fast kreisrunden Gruppen von 6—80 Elementen. Der über solche Gruppen fahrende Finger meint über ein Reibeisen zu fahren. Dieser Ausschlag verursacht fast niemals Brennen oder Jucken.

Die zweite Form dieses Hautsyphilids, die das Bild der Keratosis pilaris vortäuscht, besteht aus kleinen, stärker verhornten Papeln, die ein Haar einschliefsen. Sie stehen meistens sehr dicht neben einander, bilden aber keine scheibenförmigen Gruppen. In ihren sonstigen Eigenschaften gleichen sie so ziemlich den Papeln der ersten Form. Die Papeln beider Formen zeichnen sich durch ein gemeinsames histologisches Merkmal aus, durch eine perifollikuläre Infiltration mit Unnaschen Plasmazellen. Der Verlauf dieser Dermatose zieht sich über Monate hin, wird aber durch die spezifische Behandlung wesentlich abgekürzt. In der Behandlung haben sich am besten Kalomeleinspritzungen 0,05—0,1 wöchentlich bewährt. Doch bleiben Rückfälle nicht aus.

Gleichzeitiges Auftreten von Lichen chronicus circumscriptus und Lichen simplex acutus bei der nämlichen Person, von Ch. Audry-Toulouse. Die 38jährige Patientin hatte seit zwei Jahren mindestens den dritten Anfall von Lichen simplex acutus. Besonders der Rücken ist mit kleinen, weifsen Papeln, die ganz den Prurigopapeln gleichen, bedeckt. Bei dieser Gelegenheit wird am Hals ein typischer Herd von Lichen chronicus circumscriptus entdeckt, der schon seit vier bis fünf Jahren besteht und, wie der Lichen simplex acutus, lebhaft juckt. — Audry hält dafür, dafs beide Krankheitsformen in nahen Beziehungen zu einander und zu der Hebraschen Prurigo stehen. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1903. Heft 5—6.

Die tertiäre Syphilis im Heer und in der Bevölkerung von Tunis, von L. Batut, Militärarzt. Die Arbeit enthält sehr viele interessante Einzelheiten und 29 zum Teil recht lesenswerte Krankengeschichten. Wir erfahren, dafs die Syphilis im französischen Kolonialheer (70000 Mann) und in der muselmännischen Bevölkerung sehr ausgebreitet ist, dafs z. B. im Heer auf 800 Syphilitiker ein Todesfall kommt und dafs von je 58 Syphilitikern einer dienstuntauglich (réformé) ist oder wird, und dafs jährlich 4000 Soldaten an Syphilis behandelt werden.

Die Syphilis spielt unter allen endemischen Krankheiten neben dem Sumpffieber in Algier und Tunis die Hauptrolle. Tuberkulose der Knochen, der Drüsen, der Haut ist dort ebenso selten wie Rhachitis und Krebs. Häufiger kommen von bekannten Krankheiten Osteomyelitis und phagadänischer Schanker vor; äufserst selten sind dagegen wieder Lupus, Appendicitis, Tuberkulose der Genitalien und der Meningen, Tabes, Syphilis des Gehirns und des Rückenmarks. Ob letzteres wirklich eine Folge des apathischen Charakters der Araber ist, die, wie Verfasser meint, ihr Zentralnervensystem nicht übermäfsig anstrengen, mag dahingestellt bleiben.

Es werden dann die einzelnen Systeme in ihrem Verhalten zur Syphilis durchgenommen. Bei den inneren Organen wird der Tertiarismus nur selten beobachtet, Gummata der Leber, der Milz, des Herzens kommen kaum vor, das Bauchfell bleibt auch von der sekundären Syphilis verschont, die B. an der Pleura beobachtet hat.

Von Nephritis gummosa werden zwei Fälle, beide mit tödlichem Ausgang, mitgeteilt. Lungensyphilis ist, wie Lungentuberkulose, nichts Seltenes in Tunis.

Syphilis der Gelenke und Knochen gehören zu den selteneren Erkrankungen. Von Muskelgumma ist dem Verfasser in Tunis nur ein Fall zu Gesicht gekommen.

Die Haut und die Subcutis sind häufig der Sitz von Gummata. Es wird ferner über verschiedene Formen des Tertiarismus der Genitalien berichtet, doch finden wir ausdrücklich vermerkt, dafs, wie die Tuberkulose, so auch die Syphilis der Hoden bei den Arabern ein äufserst seltenes Vorkommnis bildet.

Die einzelnen Abteilungen des Verdauungssystems scheinen alle mehr oder minder für den Tertiarismus empfänglich; am ausführlichsten behandelt Verfasser hier das Syphilom des Gaumensegels und die tertiäre Zunge. Auch zum Tertiarismus des Atmungssystems bringt er mehrere Beobachtungen bei.

Den Schlufs der Arbeit, der verschiedene Holzschnitte beigegeben sind, bildet die Mitteilung eines Falles, in welchem eine Reihe von Systemen, Haut, Knochen, Larynx, Parotis u. s. w. von tertiärer Syphilis befallen waren, und in welchem rasche Heilung erzielt wurde.

Über den Herpes des Collum uteri, von Druelle und A. Lévy-Bing. Unter Herpes verstehen die Verfasser in dieser Abhandlung alle diejenigen erosiven Ver-

änderungen des Collum uteri, die nicht syphilitischer, blennorrhoischer oder pyogener Natur sind. Eine Symptomatologie dieser Erscheinungen bestand bis jetzt noch nicht.

Als Ursachen dieses Herpes colli uteri werden die verschiedensten Zustände angegeben. In einem Fall erkannten die Verfasser ihn als Prodromalsymptom der Menses, in einem anderen erschien er regelmäfsig zwei Tage nach deren Beginn. Auch von Herpes colli uteri lassen sich, wie vom Herpes genitalis überhaupt, zwei Formen aufstellen; bei der einen flieſsen die Herpesbläschen zu grofsen erosiven Flächen zusammen, bei der anderen bleiben sie getrennt und auf einen kleinen Raum beschränkt; letztere Form ist die bei weitem häufigere. Mit Vorliebe wird die untere Lippe des Collum befallen; unter den zehn Fällen der Verfasser traf das nur einmal nicht zu.

In Form und Aussehen ist der Herpes uterinus von seinen anderen Varietäten — Herpes genitalis, Herpes labialis u. s. w. — im allgemeinen nicht verschieden; es kommen aber auch eine diphtheroide und eine papulöse Form vor.

Über subjektive Beschwerden wurde in keinem der von Verfassern beobachteten Fälle geklagt; doch ist von anderer Seite über Schmerzen und Hyperästhesie berichtet. Auch funktionelle Störungen, wie Hypersekretion und Leukorrhoe finden sich verzeichnet. Den Herpes vulvae fanden sie nur viermal als Begleiterscheinung, im Gegensatz zu anderen Autoren, die vor ihnen behauptet hatten, dafs der Herpes colli uteri nie ohne jenen vorkomme. Auch andere Komplikationen sind bei dieser kleinen Störung selten.

Ein Fall von Malum perforans im Munde, von Capdepont und Rodier. Der Patient, der von diesem seltenen Leiden befallen wurde, war ein Tabiker. Er litt an der sogenannten Tabes superior und die Verfasser nehmen an, dafs das Malum perforans auf Grundlage dieser Systemerkrankung zu stande gekommen war. Es safs an der linken Hälfte des Oberkiefers, an der Stelle, die früher der erste grofse Mahlzahn eingenommen hatte und führte in den Sinus maxillaris. Die Öffnung betrug 2 mm im Durchmesser und hatte ganz glatte, mit Schleimhaut bekleidete Ränder. Jede Spur von Entzündung und Ulceration fehlte. Die Schleimhaut in der Umgebung, auch an der Wange, war anästhetisch, thermische Sensibilität dagegen war vorhanden. Das Übel war ganz schleichend innerhalb sechs Monaten entstanden und hatte sich nur durch eine näselnde Sprache und dadurch bemerkbar gemacht, dafs beim Schlucken von den eingenommenen Getränken aus der Nase herauskam. Die Verfasser hoffen durch eine geeignete Prothese das Loch verschliefsen zu können.

Türkheim-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Medizin, Aberglaube und Geschlechtsleben in der Türkei. Mit Berücksichtigung der moslemischen Nachbarländer und der ehemaligen Vasallenstaaten, von Bernhard Stern. (Berlin, H. Barsdorf, 1903.) Von dem Buche liegen beide Bände vor; der erste enthält drei gröfsere Abschnitte, die der Geschichte der Heilkunde und der Ärzte in der Türkei, der Pharmazie und Kosmetik, den Heilbädern und Krankenhäusern, dem Kurpfuschertum und der Volksmedizin, besonders den Fieber- und Wasserkuren, sowie dem Aberglauben in der Heilkunde gewidmet sind. Der Verfasser, ein Nichtarzt, benutzte die Zeit, welche er als Korrespondent mehrerer Berliner und

Wiener Blätter im Reiche des Padischah zubrachte, im ganzen fünf Jahre, um obengenannte Gebiete auf das eingehendste zu studieren, indem er bei Ärzten, Priestern und anderen Kennern des Volkslebens Erkundigungen einzog und auf weiten Reisen durch das Land der Osmanen jenseits wie diesseits des Bosporus sich durch eigene Beobachtungen und Nachforschungen zu unterrichten suchte. Einiges aus dem Kapitel über Schönheitspflege dürfte von Interesse sein. Die Levantinerinnen kauen ständig Mastix. Zum Rotfärben der Lippen und des Zahnfleisches kauen die Frauen Ssuak, den Bast der Wurzel eines Wallnufsbaumes. Zum Rotfärben der Nägel wird von ihnen Hennah benutzt. Sowohl die Finger- als auch die Zehennägel werden so behandelt, während die gleiche Substanz den Männern zum Färben des Bartes dient. Dies ist jedoch beides verboten zurzeit nach dem Tode des Gatten, zurzeit der Trennung einer Ehe und nach Verstofsung der Ehefrau. Mit Hennah färben sich auch alte Weiber ihr weifses Haar oft rot. Hennahpulver dient auch als Streupulver gegen übermäfsigen Fufsschweifs. Es wird auch als Adstringens betrachtet und auf Wunden gestreut. Mit dem Saft der Asphodeluszwiebel gekocht soll es gegen Scabies wirksam sein. Um das Haar glänzend rabenschwarz zu färben, benutzen die Perser nach Polak eine Paste von Reng, des Pulvers einer Indigofere, die in Arabistan wächst. Die Paste bleibt eine Stunde auf dem Haar liegen. Das Schminken der Augen mit Spiefsglanz ist ebenfalls eine verbreitete Sitte. In Persien färbt man die Brauen durch Auflegen einer Masse aus gemahlenen Indigoblättern tiefblau. In Bagdad werden statt der wegrasierten Augenbrauen künstliche durch schwarze Striche aufgemalt. Dazu dient Kohol oder Keal, ein Antimonpräparat. Auch Rastik dient, besonders viel in Smyrna, als Augenschminke. Mit Safran färben sich die Indierinnen den Körper gelb, soweit er sichtbar ist.

Der zweite Band verbreitet sich über das Ehe- und Liebesleben der Anhänger Muhammeds, über Schamgefühl und Keuschheit, Abarten des Geschlechtslebens und über die Prostitution, Geschlechtskrankheiten, Impotenz, über Schwangerschaft, Entbindung, Beschneidung und anderes mehr. Wir greifen einige Daten aus einzelnen Abschnitten heraus. Die Menses pflegen im Morgenland um das dreizehnte Jahr aufzutreten und bis zum dreifsigsten anzuhalten. Die Syphilis galt nach Maurokordato noch 1832 in der Türkei für selten, während sie in der Moldau und Wallachei zu grassieren pflegte. Die Beschneidung und durch die Religion gebotene Reinlichkeit, welche durch die mannigfachen Waschungen erzielt wird, sind als Ursache dafür anzusprechen, dafs die Syphilis erst so spät in der Türkei ihren Einzug hielt. 1827 verliefs Maurokordato die Hauptstadt des osmanischen Reiches. Dazumal gab es auch noch keine öffentlichen Häuser. Bei seiner Rückkehr 1831 von Berlin fand er diese wie die Syphilis vor. Die Unkenntnis der türkischen Ärzte auf diesem Gebiete der Heilkunde machte eine Einschränkung der Leiden unmöglich. Seitdem hat das Übel immer weiter um sich gegriffen. Besonders die Vilajete Kastamuni und Angora sind jetzt stark durchseucht. Düring-Pascha empfahl in den letzten Jahrzehnten durchgreifende Reformen, wie Errichtung neuer Krankenhäuser, Bereisung der besonders gefährdeten Bezirke durch Gesundheitskommissionen, Überweisung der Erkrankten durch diese Kommissionen in die Spitäler, unentgeltliche Lieferung der Heilmittel, Bestellung von 19 Spezialärzten für die beiden obengenannten Vilajete. Im Heere ist die Syphilis besonders verbreitet, ja die Syphilitischen machen die Mehrzahl der Insassen der Militärspitäler aus. Sowohl in Smyrna wie in Konstantinopel soll der Verlauf der Lues ein benigner sein. Impotenz berechtigt nach türkischem Gesetz die Ehefrau, die Scheidung zu beantragen. Zur Behebung von nicht organischer Impotenz pflegt der Türke kalte Waschungen oder Bespritzungen damit oder kalte Einspritzungen in die Harnröhre anzuwenden. Alte Männer werden nach Ansicht des

Volkes durch Heiraten mit jungen Mädchen verjüngt, letztere durch solche Ehen schnell alternd. Kampher als Mittel, den Geschlechtstrieb abzuschwächen, und Kantharidien, ihn zu erhöhen, sind in der Türkei allgemein bekannt. Kantharidien gebraucht man auch zuweilen als besonders kräftiges Mittel bei Urethritiden. In Persien gelten auch Pillen aus gestofsenen Perlen, Rubinen, Gold, Ambra und Bernstein als gutes Aphrodisiacum, ebenso wie das Chinin in Dosen von 1—2 Gran oder Pillen aus den gepulverten Pistillen von Hanfblumen, aus Honig, Muskatnufs und Safran. Auch Pillen aus Canabis, Nelken, Moschus, Ambra, Kokosnufs und Honig gelten für ein gutes Mittel, das Geschlechtsvermögen zu erhöhen. *Hopf-Dresden.*

Prostitution und Entartung, von Laurent-Montanus. (Fr. Paul Lorenz, Freiburg i. B. und Leipzig.) Die vorliegende Schrift sucht eine Antwort auf die Frage zu geben, ob die Prostituierten zum Teil erblich belastete, entartete Individuen sind. Der Alkoholmifsbrauch spielt bei den Eltern der Dirnen eine grofse Rolle. Nach Pauline Tarnowsky fanden sich unter 150 solcher Mädchen 124, deren Eltern dem Trunke huldigten. Auch findet man unter den Vorfahren von Prostituierten viel Tuberkulöse, Nervenkranke und Geisteskranke. Aus einer kleinen Kasuistik sucht er die Theorie von der geborenen Prostituierten zu erhärten. Es ist von gewissen Familien berichtet worden, deren Mitglieder nur aus Geisteskranken, Prostituierten oder Verbrechern sich zusammensetzten. Minor nennt die Familie Jukes, deren von einer Diebin und Trunkenboldin abstammenden 834 Mitglieder zum grofsen Teil degeneriert waren. Man zählte unter ihnen neben 181 Prostituierten 142 Bettler, 64 Armenhäusler und 76 Verbrecher, wovon sieben Mörder. Die Mitglieder dieser Familie hatten zusammen 116 Jahre Gefängnis abzusitzen. Auch körperliche Fehler sucht man bei der Prostituierten nicht vergebens. Nach Andronico beobachtete man unter 280 Dirnen 20 mal Stumpfnase, 35 mal Henkelohren, 3 mal Strabismus, 10 mal fehlerhafte Position der Zähne, 4 mal Asymmetrie des Gesichts, 7 mal Prognathismus, 35 mal fliehende Stirn. P. Tarnowsky sah bei 150 Prostituierten 62 mal Schädelmifsbildungen, 64 mal Asymmetrie des Gesichts, 14 mal Wolfsrachen, 62 mal fehlerhaft stehende Zähne, 63 mal Formverbildungen der Ohren, 8 mal Anomalien der Glieder. Vergleichende Zusammenstellungen ehrbarer Frauen ergaben einen aufserordentlich geringeren Prozentsatz von somatischen Defekten. Auch die bekanntermafsen häufige Unfruchtbarkeit der Prostituierten wird für deren Degeneration ins Feld geführt, nach Ansicht des Verfassers mit Unrecht. *Hopf-Dresden.*

Die Prostitution in Indien, von Laurent-Montanus. (Fr. Paul Lorenz, Freiburg i. B. und Leipzig.) Die vorliegende Schrift versucht den Unterschied zu klären, den die Prostitution in Indien und in den Abendländern einnimmt. Während hier die sich gewerbsmäfsig prostituierende Dirne ehrlos ist und mit ihr zu verkehren zur Unehre gereicht, bildet die indische Prostituierte, welche mit dem Gottesdienst in den Tempeln und dem Brahminenwesen in engster Verbindung genannt werden mufs, wie Tempel, Priester und Gottesdienst selbst etwas Verehrungswürdiges, Heiliges. So wird der aufsereheliche geschlechtliche Verkehr gewissermafsen geweiht und veredelt, natürlich damit auch seine Ausübung ausgebreitet. Dazu kommt, dafs in den Religionen der indischen Welt dem Dienste der Liebe und der geschlechtlichen Vereinigung eine hervorragende Rolle zufällt und der Ligamkultus, die Verehrung des Phallus als der zeugenden Naturkräfte, eine aufserordentliche Verbreitung geniefst. Natürlich begnügen sich die Tempelmädchen nicht mit dem in Zusammenhang mit allerlei Kulthandlungen auszuübenden Geschlechtsverkehr, sondern huldigen ihm auch sonst systematisch, selbst in ausgebreitetem Mafse mit Europäern. Besonders die verschiedenen Badeanstalten, in denen nach den Anpreisungen „Marmorblumen" die Gäste bedienen, bilden die Örtlichkeiten für die Ausübung geschlechtlicher Bedürfnisse der Europäer.

Die indischen Prostituierten sind zum überwiegenden Teil Hindumädchen, im Norden auch Frauen aus Kaschmir und dem Pendschab — mit hellerer Gesichtsfarbe —, sowie auch muselmännische Weiber. Das Alter der Prostituierten, in dem sie ihr Gewerbe vornehmlich ausüben, liegt zwischen 10 und 17 Jahren. Männliche Prostitution ist in Indien — im Gegensatz zum Morgenlande überhaupt — nur wenig zu finden.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

In der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden (Sitzung vom 6. Dezember 1902. Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 4) sprach Credé über **Lupusbehandlung**. Er hat einen seit vier Jahren bestehenden, mehrfach erfolglos behandelten Fall von ausgedehntem, schwerem Lupus des Gesichts mittels des unter dem Namen „Sanitas" in den Handel gebrachten Apparates bestrahlt und im Laufe von sechs Monaten fast vollständige Heilung erzielt. Der Apparat, der nur mit 10 Ampère arbeitet, ist eigentlich nur ein intensiver Scheinwerfer; Credé mußte ihn erst wesentlich umgestalten, bis er brauchbar wurde. Bei der Behandlung kamen die ultravioletten Strahlen überhaupt nicht zur Wirkung, da nicht Bergkristall, sondern eine dicke Glaslinse verwendet wurde; die Strahlen gingen überdies schon vor der Linse durch eine 2 cm-Wasserschicht hindurch, die Gewebe wurden nicht blutleer gemacht; die Wärmestrahlen wurden durch eingeschobenes blaues Glas abgehalten. Es gelangten also nur die blauen und violetten Strahlen zur Wirkung, und auch diese nur in verringertem Grade, da sie ja durch Glas, Wasser und Blut abgeschwächt wurden. Der Apparat und die ganze Methode widersprach demnach in allen Punkten den Finsenschen Prinzipien. Wenn trotzdem in dem schweren Falle ein so schöner Erfolg erzielt wurde, so beweist das, daß die intensiven Lichtstrahlen auch noch in anderer Weise wirken, als Finsen behauptet, und daß diese andere Art der Wirkung auf billigere und einfachere Weise erzielt werden kann.

In der Diskussion bezeichnet Werther den vorgestellten Fall als gebessert, nicht als geheilt; ein Rezidiv ist unausbleiblich, da die Tiefenwirkung fehlt, wie sie das wesentliche der Finsenschen Behandlung ist. Bei der demonstrierten Lampe kommt nur eine Wärmewirkung in Betracht; diese hat durch Hyperämie und reaktive Entzündung eine Besserung herbeigeführt. Butter betont, daß sich ähnliche Erfolge auch mit anderen Methoden, insbesondere mit der Ausschabung und der Heißluftbehandlung erzielen lassen. Galewsky hält die Möglichkeit eines Rezidivs ebenfalls nicht für ausgeschlossen. Jedenfalls müsse man abwarten, ob eine Tiefenwirkung stattgefunden hat, die man bisher nur mit den Apparaten von Finsen und Lortet-Genoud erzielen zu können glaubte. Wenn es in dem vorgestellten Falle wirklich zu einer vollkommenen und dauernden Heilung kommen sollte, so wäre das Resultat von der größten Bedeutung. Lindner erwähnt im Anschluß an das Gesehene das Verfahren eines Kurpfuschers in Berlin, der bei Lupus mittels Linsenbestrahlung bei Sonnenbeleuchtung recht gute Resultate erzielte. Hesse weist auf die Erfolge der Tuberkulinbehandlung bei Lupus hin. Martini erwähnt einen Fall von Lupus, bei

dem er durch 19 Injektionen von insgesamt 127 mg Tuberkulin vollständige und andauernde Heilung erzielt hat. Credé betont, er habe selbst darauf hingewiesen, dafs die Heilung zurzeit noch keine vollständige sei. Eine Tiefenwirkung habe zweifellos stattgefunden, starke Wärmewirkung sei durch die Wasserkühlung ausgeschlossen. Er erwähnt weiter, dafs er den Kranken einmal vier Wochen lang mit Röntgenstrahlen behandelt habe mit dem Erfolge, dafs eine erhebliche Verschlechterung, insbesondere auch Schwellung der Nase und Ausfall der Augenbrauen eintrat. Von der Verwendung des Tuberkulins möchte er wegen der Unberechenbarkeit der Wirkung ganz absehen. Werther weist auf die Radioaktivität gewisser Metalle, insbesondere des Radiums, hin. Dasselbe erzeugt auf der Haut Dermatitis und ist deshalb von den Franzosen bei Lupus therapeutisch versucht worden; Danlos verwendete statt des sehr teuren reinen Metalls (1 g kostet 8000 Mark) gewisse Radiumverbindungen.

Götz-München.

Die Lichtbehandlung des Lupus, von O. v. Petersen. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1902. No. 44.) Der Aufsatz enthält nur Bekanntes. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Die Behandlung des Lupus vulgaris, von Behaegel. (*Policlinique.* 1902. No. 20.) Kurze Aufzählung der verschiedenen bei der Behandlung des Lupus vulgaris gebräuchlichen Methoden. *Götz-München.*

c. *Syphilis.*

Die Lues americana, die Franzosen- und Neapolitaner-Krankheit zur Zeit Karls des VIII., von H. Comes. (*Bollet. delle mal. ven. sifil., urin. e della pelle.* 1902. No. 6—11.) Eine geschichtliche Forschung über die Seuche, die sich kurz nach der Entdeckung Amerikas mit rasender Schnelligkeit und Intensität über ganz Europa verbreitete. *C. Müller-Genf.*

Die Syphilis und die Lebensversicherung, von Byrom Bramwell. (*Brit. med. Journ.* 27. Dez. 1902.) Der Verfasser erörtert an der Hand statistischer Angaben, die ihm teilweise von einer namhaften, schottischen Lebensversicherungs-Gesellschaft zur Verfügung gestellt worden sind, die Frage, inwieweit die Syphilis das Leben verkürzt. Sein statistisches Material führt ihn zu dem Resultate, dafs bei allen Syphilitikern das Leben durchschnittlich um 1,3 Jahre verkürzt wird. Nimmt man die Tertiärsyphilitischen, welche etwa 9—10% aller Syphilitiker ausmachen, für sich, so beträgt die durchschnittliche Lebensverkürzung zehn Jahre. Dieselbe wird noch weiter auf 18 Jahre erhöht, wenn man von den Tertiärsyphilitischen die an syphilitischer Tabes, allgemeiner Paralyse und Aneurysma gestorbenen Fälle besonders in Betracht zieht.

Für die Lebensversicherung von Belang ist die Angabe des Verfassers, dafs von 107 Fällen schwerer cerebraler und spinaler Syphilis der Beginn der Erkrankung des Nervensystems bei 12,1% im ersten Jahre, bei 40% während der ersten fünf Jahre und bei 68% während des ersten Dezenniums nach der Infektion stattgefunden hat. Liegt bei dem Antragsteller die Infektion länger als zehn Jahre zurück, ohne dafs er cerebrale oder spinale Symptome gezeigt hat, so ist die Prognose der Lebensdauer eine weit günstigere, vorausgesetzt, dafs auch die anderen Postulate günstige hereditäre Verhältnisse, geistige und körperliche Gesundheit, die ungefährliche Beschäftigung etc. erfüllt sind. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Angst vor der Syphilis und ihren Folgeerscheinungen (Syphilidophobie), von Max Rothmann-Berlin. (*Hygien. Volksbl.* 1903. No. 5.) Der Verfasser weist auf die Zunahme der Zahl von Syphilidophoben hin, wie sie durch die Aufklärung des Publikums über die Gefahren der Syphilis bedingt ist, und schildert,

ohne Neues vorzubringen, die Art, wie sich die Syphilidophobie bei Neurasthenikern äufsert, und wie diese nicht selten in Form einer wirklichen Psychose auftretende Nosophobie zu verhüten und zu behandeln ist. *Götz-München.*

Die Syphilis als ursächliches Moment für Pyorrhoea alveolaris, von A. H. Ohmann-Dumesnil-St. Louis. (*Amer. med. assoc. Journ.* 1902. No. 19.) Unter Pyorrhoea alveolaris versteht man bekanntlich die Absonderung von Eiter aus den Alveolen, spontan und bei Druck auf das Zahnfleisch. Die Therapie war bisher gegen diesen Zustand ziemlich machtlos; selbst das Ausziehen aller Zähne hatte keinen Erfolg. Verfasser wurde darauf aufmerksam, dafs sich dieser Zustand nie als selbständige Krankheit findet, sondern gewöhnlich eine Teilerscheinung eines Allgemeinleidens ist. Besonders häufig fand er die Pyorrhoe bei Syphilitikern, und zwar sowohl in den frühen Stadien der Krankheit, wie als Spätsymptom. Er konnte häufig feststellen, dafs diese Erscheinung erst nach der syphilitischen Infektion aufgetreten war, und konnte sich oft von der günstigen Beeinflussung des Zustandes durch die spezifische Behandlung überzeugen. Daher rät Verfasser, in allen Fällen von Alveolarpyorrhoe auf Syphilis zu fahnden. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Tonsillenschanker, von F. Vidal. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 1.) Bei einem leicht fiebernden jungen Mädchen, das seit sechs Wochen an Halsschmerzen und seit vier Wochen an permanenten Kopfschmerzen litt, fand sich auf der linken Tonsille ein grofser, opalfarbiger, brettharter Fleck und daneben Drüsenschwellung in der linken Submaxillargegend und am Nacken, Krustenbildung auf dem behaarten Kopfe und eine rotbraune, von dünnen Schuppen bedeckte Papel auf der Stirn. Es handelte sich um eine syphilitische Halsaffektion, und zwar um einen auf der Tonsille lokalisierten Primäraffekt. *Götz-München.*

Syphilitische Reinfektion, von Ravasini. (*Bollet. d. mal. ven., sifil., urin. e della pelle.* 1903. No. 1.) Verfasser beschreibt zwei Fälle von syphilitischer Reinfektion in Zwischenräumen von 14 resp. 15 Jahren. Er schliefst daraus, dafs die Syphilis vollständig heilbar ist und gänzlich aus dem Organismus verschwinden kann, da es sonst nicht zu einer zweiten Infektion kommen könnte. Wann, d. h. nach wie viel Jahren dieses Erlöschen der spezifischen Infektion eintritt, lasse sich vorläufig nicht sagen. Die zweite Infektion erleidet durch die erste keine Modifikation.
C. Müller-Genf.

Das pathologisch-anatomische Charakteristikum der Syphilis, von J. Renaut-Lyon. (*Phil. med. Journ.* 17. Jan. 1903.) Bei einem Epitheliom, einem Carcinom oder Sarkom bleiben die pathologisch-anatomischen Eigentümlichkeiten stets die gleichen, mag man Gewebe von dem primären Tumor oder von metastatischen Knoten vor sich haben. Die Struktur eines Gumma hingegen richtet sich, ähnlich wie die eines Tuberkels oder eines Malleusknotens, nach dem Gewebe, in dem es sitzt. Somit besitzen die Gummata keine anatomische Individualität, es gibt keinen für Syphilis typischen Tumor. Wohl aber hat jede der drei Affektionen Syphilis, Tukerkulose und Malleus einen hervorstechenden Zug in ihren anatomischen Veränderungen. Bei der Syphilis ist es eine Läsion der Blutgefäfse, die besonders die Intima der Arterien betrifft, eine subakute Endarteriitis obliterans, gefolgt anfangs von Ödem und Rundzelleninfiltration, später von Gewebsneubildung an der Peripherie des Herdes. Dieser Prozefs findet sich ebenso bei Initialsklerose, wie bei sekundären und tertiären Veränderungen. Die sogenannten parasyphilitischen Krankheiten sind durch nichts anderes ausgezeichnet, als durch die lange Dauer der Endarteriitis und dementsprechend ausgedehnte Sklerose. *Levor-Frankfurt a. M.*

Die parasyphilitischen Krankheiten. Die Heilbarkeit der Tabes und der progressiven Paralyse durch intensive Quecksilberbehandlung, von Lereddr-

Paris. (*Philad. med. Journ.* 10. Jan. 1903.) L. ist durch eingehendes Studium der parasyphilitischen Affektionen zu der festen Überzeugung gelangt, dafs Tabes und Paralyse, wenn sie bei Syphilitikern vorkommen, nicht allein syphilitischen Ursprungs, sondern echter syphilitischer Natur und durch Quecksilber heilbar sind, nur mufs letzteres in genügend hohen Dosen gegeben werden. Ein eigener Fall von so geheilter Tabes (*Bullet. de la Soc. de Dermat.*, Paris, März 1902) führte ihn vornehmlich zu dieser Erkenntnis, die nur deshalb noch nicht mehr verbreitet sei, weil Fournieks Lehre von den parasyphilitischen Erkrankungen kritiklos weiter gegeben werde. Fourniers Gründe für die Berechtigung dieser besonderen Gruppe — häufiges Fehlen früherer Symptome von Syphilis, Unwirksamkeit von Hg und Jod, nicht luetische Natur der pathologisch-anatomischen Veränderungen — sucht Verfasser als hinfällig zu erweisen. *Levor-Frankfurt a. M.*

Einige interessante Syphilisfälle, von Bleicher. (*Militärarzt.* 1902. No. 21 und 22.) 1. Furunkelartiges Geschwür mit wallartigen Rändern, an der Schamhaargrenze, das trotz chirurgischer Behandlung ständig zunahm, bis zur Einleitung der spezifischen Behandlung.

2. Kronengrofses, oberflächliches Geschwür am rechten Ellenbogen, das als Lupus imponierte.

3. Seit zwei Jahren bestehende Fufsgeschwüre.

4. und 5. Zentral vernarbte Stellen am Arm resp. an der Schulter, an deren Rande sich in halbkreisförmiger Anordnung rote, mit Borken bedeckte Efflorescenzen befanden. *F. Hahn-Bremen.*

Über Syphilis gravis, von Gustav Haberhauffe. (*Inaug.-Diss.* Freiburg i. B. 1900. Speyer & Kaerner.) H. beschreibt zwei Fälle von Syphilis gravis aus der Freiburger Klinik, die nichts besonderes Neues enthalten, und bespricht im Anschlufs hieran den Begriff der malignen Syphilis, den Verlauf, die Ursachen der Malignität und die Therapie; in Bezug auf letztere ist zuerst darauf zu achten, den Patienten in einen guten Ernährungszustand zu bringen. Erst dann wird mit einer Hydrargyrumkur in kleinen Dosen begonnen und dabei genau kontrolliert, wie der Organismus auf das Quecksilber reagiert; zeigt sich eine dauernde Abnahme des Körpergewichtes, so wird die Kur ausgesetzt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Blutuntersuchungen bei ulcerösen und gummösen Formen der Syphilis mit besonderer Berücksichtigung des Eisengehaltes, von Georg Löwenbach und Moriz Oppenheim-Wien. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1902. Bd. 75.) In Neumanns Klinik stellten Verfasser eingehende Untersuchungen obiger Art an als Fortsetzung ihrer früheren Untersuchungen bei Frühformen der Syphilis. Das Ergebnis ihrer neuen eingehenden und exakten Forschungen lautet:

Bei Spätsyphilis zeigen Hämoglobin- und Eisengehalt eine erhebliche Verminderung gegenüber der Norm.

Beide Werte werden durch die wie immer beschaffene Therapie nicht beeinflufst.

Ferrometer und Hämometerzahl entsprechen einander, sie bestätigen sich wechselseitig in ihrer Richtigkeit.

Die Anzahl der roten und weifsen Blutkörperchen bewegt sich innerhalb normaler Grenzen.

Dieselben Sätze gelten auch für Syphilis maligna praecox.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Blutveränderungen durch Syphilis und Quecksilber mit besonderer Berücksichtigung ihrer diagnostischen Verwertung, von J. Justus-Budapest. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1902. Bd. 75.) Wie Justus nachweist, findet sich bei den meisten Autoren eine Übereinstimmung bezüglich der Tatsache, dafs die Syphilis den

Hämoglobingehalt der Patienten vermindert. Eine ziemliche Übereinstimmung herrscht noch bezüglich des Umstandes, das diese Veringerung des Pigmentgehaltes am besten zur Zeit der entwickelten Sekundärsymptome ausgesprochen ist. Er selbst hat seit 1893 über 500 syphilitische Patienten untersucht, deren Resultate er mitteilt. Er fand:

1. Die nicht behandelte Syphilis vermindert den Hämoglobingehalt des Blutes des erkrankten Individuums in geringerem und größerem Maße. Diese Verminderung dauert je nach der Schwere der Erkrankung kürzere oder längere Zeit und gleicht sich allmählich aus, sobald die Erscheinungen der Syphilis spontan, ohne Behandlung heilen.

2. Wenn wir in den Stoffwechsel des durchseuchten Organismus durch Inunktion oder Injektion auf einmal eine größere Menge von Quecksilber gelangen lassen, so wird der Hämoglobingehalt ein rasch eintretendes, beträchtliches Sinken aufweisen.

3. Dieses Sinken des Hämoglobins wird, entsprechend der Schwere der Erscheinungen der Syphilis und dem Zustande der allgemeinen Ernährung, in längerer oder kürzerer Zeit restituiert, oder es kann sich dasselbe bei der Injektionsmethode bei mehreren Injektionen wiederholen. Wenn wir die Verabreichung noch weiter fortsetzen, wird der Blutfarbstoffgehalt so lange steigen, bis er einen beträchtlich höheren Grad wie vor Beginn der Kur erreicht hat.

4. Von dem Zeitpunkt an, wo der Hämoglobingehalt im Verlaufe der Behandlung nicht mehr sinkt, sondern steigt, beginnen die vorhandenen Erscheinungen der Lues zu heilen.

5. Dieses der Quecksilbereinverleibung folgende rasche und beträchtliche Sinken des Hämoglobingehalts ist eine nur am Blute florid Syphilitischer wahrnehmbare, spezifische Erscheinung, die weder an Gesunden noch an anderweitig Erkrankten beobachtet werden kann.

6. Diese Reaktion des Blutes von Luetischen können wir von der Zeit an wahrnehmen, wo auch die von der Infektionsquelle weiter entlegenen Lymphdrüsen zu intumeszieren beginnen, und zwar bei jeder Form der Syphilis. Diese Reaktion verschwindet oder wird nicht mehr auffindbar in oder kurz vor dem Zeitpunkte, in welchem die Rückbildung der Erscheinungen der Syphilis beginnt. Bei jedem Rezidive, in welcher Form es sich auch einstellt, wird die Reaktion von neuem wahrgenommen und zwar so lange, bis auch dieses den Gipfelpunkt seiner Entwicklung überschritten hat. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Syphilisimmunität, besonders in Hinsicht auf das sogenannte PROFETAsche Gesetz, von VON DÜRING. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. No. 1.) VON DÜRING beschäftigt sich mit der Frage, ob eine durch erworbene oder ererbte Syphilis erworbene Immunität besteht, und ob es eine ererbte Immunität gegen Syphilis gibt. Man nimmt an, daß die Syphilis sich durch die Generationen abschwächt und daß unsere heutige Syphilis im ganzen eine gutartigere ist. Es soll sich eine gewisse Immunität durch Vaccination, Syphilisation der Generationen auf die Nachkommenschaft vererben. Die Vererbung einer gewissen Syphilisimmunität ist unter dem Namen PROFETAsches Gesetz bekannt. Doch ist von dieser Immunität in praxi nichts zu finden, auch hat PROFETA diesen Satz nie aufgestellt! VON DÜHRING hat in Kleinasien in Dörfern, in denen fast alle Erwachsenen Spuren abgelaufener Syphilis zeigten, Schulendemien von frischer Syphilis unter den Kindern gesehen, und zwar beobachtete er viele Fälle, in denen bei Kindern von Eltern, die unanfechtbar vor der Ehe erworbene Syphilis hatten, frische Syphilis festzustellen war, also Fehlen jeder Immunität. In zwei Fällen sah er typische Reinfektion. Auch von einer Abschwächung der Syphilis, einem Milderwerden in späteren Generationen ist keine Rede. Jedenfalls steht nach VON DÜRINGS Ansicht fest: „Was heute als PROFETAsches Gesetz

gilt, hat Profeta niemals gesagt, und was dieses Gesetz behauptet, ist vollständig haltlos: eine vererbte Immunität gegen Syphilis, ja nur eine Abschwächung der Syphilisinfektion bei Nachkommen Syphilitischer gibt es nicht."

Bernhard Schulze-Kiel.

Weitere Beiträge zur Lehre von den Syphilisbacillen, von Max Joseph und Piorkowski. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 50—52.) Die Verfasser berichteten bekanntlich vor einiger Zeit über regelmäfsige Befunde charakteristischer Bacillen im Sperma von Syphilitikern, das sie auf normale sterile Placenten verimpft hatten. (Vergl. Ref. Bd. XXXV. No. 9. S. 446.) In der vorliegenden Veröffentlichung teilen die Verfasser die Ergebnisse weiterer Untersuchungen mit. Bei gesunden Individuen konnten die Bacillen nie nachgewiesen werden; dagegen verfügen die Verfasser jetzt über 39 Fälle, in denen ihnen der Bacillennachweis im Sperma syphilitischer Personen gelang, während andererseits wieder bei 15 Patienten, die das infektiöse Stadium der Lues hinter sich hatten, ein negativer Befund erhoben wurde. Ein bestimmter Zeitpunkt nach der Infektion, zu welchem die Bacillen anfangen im Sperma zu fehlen, läfst sich nicht angeben. — Von besonderer Wichtigkeit ist nun, dafs den Verfassern der Nachweis derselben Bacillen auch in den durch die Syphilis gesetzten Produkten gelungen ist, so in 24 Fällen von Ulcus durum, in erodierten syphilitischen Papeln des männlichen Genitale, in Plaques der Mundschleimhaut, der Zunge und Tonsillen, sowie in breiten Kondylomen. Die Bacillen wurden ferner in Schnitten von Ulcera dura sowie von syphilitischen Inguinaldrüsen gefunden. Alle Kontrolluntersuchungen an Ulcera mollia, Herpes progenitalis, harmlosen Erosionen etc. hatten ein negatives Ergebnis. Das Vorhandensein oder Fehlen der Bacillen erwies sich in mehreren Fällen als entscheidend für die Diagnose, ob Primäraffekt oder nicht. In den Spätprodukten der Syphilis, den zerfallenen gummösen Hautsyphiliden, gelang der Nachweis nicht. — Sollte sich, wie die Verfasser hoffen, die Spezifität der Bacillen als ganz sicher herausstellen, so hätte man in dem Nachweis der Bacillen im Sperma ein einfaches Mittel, die praktisch so sehr wichtige Frage des Ehekonsenses, resp. die Frage, ob ein Patient von seiner Infektion genesen ist, zu beantworten. — Der Beweis der Spezifität durch Überimpfung auf den Menschen konnte naturgemäfs nicht erbracht werden. Indessen fehlt es nicht an anderen Beweisen. Eine vergleichende Zusammenstellung mit allen anderen differential-diagnostisch in Betracht kommenden Bacillen lehrt, dafs den „Syphilisbacillen" Eigenschaften zukommen, die sie wesentlich von den anderen unterscheiden. Besonders hervorzuheben ist der rasche Zerfall der Bakterien, selbst auf dem besten Nährboden, der Placenta, schon nach kaum zwei Tagen; statt der plumpen, meist am einen Ende kolbig verdickten, deutlich staketenförmig gelagerten Stäbchen findet man dann nur regellose Kokkenhaufen. Das Tierexperiment hat insofern ein Ergebnis gehabt, als es die Immunität der Versuchstiere diesem Bacillus gegenüber dargelegt hat; die Resultate der Übertragung auf Schweine sind zu zweifelhaft, als dafs sie irgend welche sicheren Schlüsse zuliefsen. — Zwei Tatsachen aber scheinen ganz besonders für die spezifische Natur der Bacillen zu sprechen: erstens ist es Piorkowski gelungen, mittels eines besonderen Färbeverfahrens (10—15 Minuten lange Einwirkung besonders dünnen Karbolfuchsins) die Bacillen in ihrer typischen staketenartigen Lagerung in dem frischgelassenen syphilitischen Sperma selbst nachzuweisen; zweitens konnten die Verfasser die typisch staketenartig gelagerten Bacillen auch in Schnitten von syphilitischen Lymphdrüsen beobachten (Ziehl-Neelsensche Färbung). — Die Verfasser betrachten natürlich ihre zweifellos hochbedeutsamen Untersuchungen noch nicht als abgeschlossen, hoffen jedoch, bald noch mehr Tatsachen vorlegen zu können, die es beweisen, dafs hier in der Tat der Krankheitserreger der Syphilis gefunden ist. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Gummata an Injektionsstellen von Quecksilberpräparaten, von Fritz Juliusberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 15.) J. resumiert in Kürze die bisherigen Mitteilungen über das Auftreten von anscheinend gummösen Knoten an Stellen, an denen unlösliche Hg-Salze injiziert worden sind, und berichtet dann über drei eigene diesbezügliche Beobachtungen. Bei einem dieser drei Fälle wurde, ebenso wie bei einem von Kulisch beschriebenen Falle, im Inhalt eines erweichten Knotens Hg in minimaler, nicht meſsbarer Menge nachgewiesen. Aller Wahrscheinlichkeit nach handelte es sich in diesen drei und in den meisten früher beschriebenen Fällen um wirkliche Gummen. Mit Neisser und anderen Autoren hält J. daran fest, daſs auch die gummösen Prozesse nur durch spezifisches Syphilisvirus hervorgerufen werden. Da nun wenigstens in einem Teile der Fälle von Gummen an Injektionsstellen Hg nachweisbar vorhanden ist, so erscheint es sehr auffallend, daſs gerade an Stellen, an denen Hg deponiert ist, die Bakterien sich weiter entwickeln und neue Erscheinungen hervorrufen können. Nach J. ist das so zu erklären, daſs ein Teil des injizierten Quecksilbers durch bindegewebige Indurationen von der Zirkulation abgeschlossen wird, nicht zur Resorption gelangt und weiterhin dann durch die Indurationen auch verhindert wird, auf den rings um die Schwiele sich bildenden gummösen Prozeſs einzuwirken. — Auſser den Gummen an Injektionsstellen kommen aber auch, wie der Fall von Chotzen beweist, Hg umschlieſsende, bindegewebige, abgekapselte Tumoren vor, die lediglich eine Wirkung der Injektionen darstellen; in derartigen Fällen entsteht der Tumor gleich nach der Injektion und persistiert Jahre hindurch ohne Gröſsenveränderung. — Das ohnedies seltene Vorkommen von Gummen an Injektionsstellen läſst sich wohl noch mehr einschränken, wenn man die Bildung von Infiltraten vermeidet; das geschieht, wenn stets nur tadellose Suspensionen unlöslicher Hg-Salze verwendet und die Injektionen selbst sehr vorsichtig nach den Vorschriften Neissers und Schäffers ausgeführt werden. *Göts-München.*

Über eine bei Syphilitischen vorkommende Reaktion der Zungenschleimhaut auf Quecksilber und ihren diagnostischen Wert bei latenter Lues, von Eugen Baroch-Wien. (*Allgem. med. Centr.-Ztg.* 1903. No. 7.) Die Veröffentlichungen von Herxheimer und Krause, daſs die syphilitischen Exantheme eine charakteristische Veränderung zeigen, wenn ein bestimmtes Quantum Quecksilber auf einmal und zwar zum erstenmal resorbiert wird, veranlaſst B. zur Veröffentlichung seiner Beobachtungen an fünf Fällen, daſs nämlich eine erstmalige, in groſser Dosis verabreichte Quecksilbermenge auf das latente oder fast latente Stadium sekundärer Lues eine geradezu verblüffende Wirkung ausübt. Es zeigten sich nämlich bei allen Patienten, die ihre Syphilis nicht über drei und nicht unter einem Jahr hatten, 15—20 Stunden nach einer einmaligen Einreibung von 10 g Ung. hyd. Plaques opalines auf der Zunge. Jede zweite Inunktion war negativ, jede weiteren luetischen Symptome fehlten. Alle diese Patienten hatten früher Affektionen der Mundschleimhaut gehabt. Verfasser ergeht sich dann in Untersuchungen, warum gerade die Zunge so prompt auf Quecksilber reagiert und in welcher Weise und warum gerade die erstmalige Inunktion diese Reaktion bewirkt, ohne die Frage definitiv beantworten zu können. Die Reaktion kann nach Verfassers Ansicht in manchen Fällen gute Dienste bei der Diagnose leisten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Kasuistik der circumskripten, syphilitischen, sklerösen Glossitis, von Radzich. (*Med. Obosrenje.* 1903. S. 334.) Die Beobachtung des Verfassers betrifft einen 42jährigen Kranken, der sich wegen hartnäckiger Heiserkeit an ihn wandte. Auſser der Laryngitis konstatierte Verfasser beim Kranken eine circumskripte Veränderung der Zungenwurzel in Gestalt von konischen und kammartigen Lobuli von 2—3 cm Länge und 1—1½ cm Breite, die bei Berührung unempfindlich und von

ziemlich harter Konsistenz waren. Die Oberfläche derselben ist gerötet, uneben und gleichsam mit plattgedrückten Wärzchen bedeckt, die sich scharf von den Papillae filiformes et fungiformes unterscheiden. Die gröfsten Lobuli finden sich in der Mitte der Zunge, während sie an den Seitenteilen kleiner, kürzer und feiner, aber zahlreicher werden. Zwischen den gröfseren Lobuli dringt die Sonde, ohne Schmerzen zu verursachen, in ziemlich breite und tiefe Rinnen ein. Verfasser gibt eine sehr genaue Begründung der syphilitischen Diagnose, welche durch die Anamnese gesichert wird. *Arth. Jordan-Moskau.*

Einen schweren Fall von tertiärer Syphilis, beschreibt Mosca. (*Giorn. internat. delle Scienze med.* 1903. No. 2.) Der 26jähriger Patient wurde im Verlaufe von circa sechs Jahren dreimal in die Klinik aufgenommen und jedesmal einer energischen antiluetischen Behandlung unterworfen (Sublimat- und Kalomelinjektionen etc.), trotzdem führte die Affektion zum Exitus, nachdem folgendes schwere Symptomenbild konstatiert worden war: Nekrose einiger Wirbelkörper und circumskripter Retropharyngealabscefs infolge von ulceriertem Gumma der Wirbel, Lähmung der unteren und oberen Extremitäten, sowie der Sphinkteren, vollständige Zerstörung der Nase und der Oberlippe, Perforation des weichen Gaumens. Die Krankheit hatte im Beginne einen ganz normalen Verlauf gezeigt; der Patient hatte sich aber aufserhalb des Spitals vollständig vernachlässigt und dadurch die nachherige Verschlimmerung verschuldet. Verfasser schliefst mit einem Ausspruche Fourniers: „Eine methodische und lange fortgesetzte Behandlung bildet in der grofsen Mehrzahl der Fälle die einzige Schutzmafsregel gegen das Auftreten einer tertiären Syphilis.“ *C. Müller-Genf.*

Über einige seltene Formen von luetischen Gummata, von Pini. (Med.-chirurg. Gesellschaft von Bologna, Februar 1902.) Dieselben wurden bei einer Frau konstatiert, in Gestalt von zahlreichen Tumoren von Nufs- bis Hühnereigröfse, welche von einer rötlich lividen Haut bedeckt oder ulceriert waren. In der Verteilung der Efflorescenzen bestand eine gewisse Symmetrie, so an den oberen Extremitäten, wo der Arm und der Vorderarm in gleicher Weise befallen waren. In Bezug auf ihren anatomischen Sitz lagen die wenigsten Tumoren in den tieferen Schichten der Cutis, die meisten waren im Zusammenhange mit den Muskeln, den Sehnen, den Knochen. Nichts in den inneren Organen, an den Lymphdrüsen und Schleimhäuten. Aus der Anamnese waren gar keine Anhaltspunkte erhältlich. Die Diagnose stützte sich besonders auf den histologischen Befund und betrachtet Verfasser den Fall als einen intermediären Typus zwischen der gewöhnlichen gummösen Syphilis und der gummösen Parasyphilis. *C. Müller-Genf.*

Über syphilitische Beckenzellgewebsentzündung, von M. Loeb. (*Zentralbl. f. inn. Med.* 1903. No. 3.) Verfasser sah vor 32 Jahren einen Patienten, der, einige Jahre vorher luetisch infiziert, an starker Abmagerung und Leberschwellung litt; Jodkalium besserte den Zustand. Später erkrankte er an hartnäckiger Verstopfung und Schmerzen im Unterleib; es fand sich eine steinharte Geschwulst in der rechten Regio iliaca. Der Patient ging marastisch zu Grunde; die Sektion ergab Gummata in der Leber; die steinharte Geschwulst erwies sich als derbes Bindegewebe, in das die Därme eingebettet waren. *F. Hahn-Bremen.*

Syphilis der Leber, von Charles G. Stockton-Buffalo. (*Amer. med. assoc. Journ.* 1902. No. 19.) Verfasser teilt einige Fälle von Syphilis der Leber mit, bei denen die Diagnose gewisse Schwierigkeiten bot. In einem Falle täuschten die gleichmäfsige Anschwellung der Leber, der Ascites, der Icterus das Bild der Lebercirrhose vor, in anderen Fällen gaben circumskripte, gummöse Neubildungen in der Leber zu Verwechslung mit malignen Geschwülsten Anlafs. Derartige diagnostische Irrtümer

werden in der Praxis wohl nicht selten vorkommen; jedenfalls kann man annehmen, dafs die Lebersyphilis eine viel häufigere Krankheit ist, als man gewöhnlich glaubt.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Ein neuer Fall von syphilitischem Tumor des Magens, von Max Einhorn-New York. (*Amer. med. assoc. Journ.* 1902. No. 17.) Bei einem 42jährigen, früher syphilitisch gewesenen Manne bestanden seit sieben Jahren hartnäckige Magendarmbeschwerden, dabei geringe Gewichtsabnahme; die Untersuchung ergab einen deutlich fühlbaren Tumor mit höckeriger Oberfläche, die Prüfung des Mageninhalts nach einem Probefrühstück erwies das Vorhandensein freier Salzsäure, die Magenverdauung war nicht gestört. In Anbetracht der Anamnese und der Symptome wurde die Diagnose auf gummöse Neubildung des Magens gestellt und eine gemischte spezifische Kur eingeleitet. Der Tumor verkleinerte sich sichtlich, verschwand in wenigen Wochen ganz, mit ihm die Beschwerden. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Die syphilitische, fibröse Darm- und Magenstriktur, von Heinrich Gross-Jena. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 4.) Gr. widerlegt die Einwände, die von verschiedenen Autoren gegen das Vorkommen luetischer, fibröser Magen- und Darmstrikturen gemacht worden sind, indem er gleichzeitig die bisher veröffentlichten Fälle einzeln anführt, und beschreibt dann zwei in der Jenenser chirurgischen Klinik operierte und bald nach der Operation zur Sektion gelangte Fälle von multiplen, syphilitischen, fibrösen Magen- und Darmstrikturen. Die histologische Untersuchung ergibt in derartigen Fällen, dafs weder ein Neoplasma noch Tuberkulose, sondern die bindegewebigen Endprodukte einfacher entzündlicher, irritativer Prozesse vorliegen; Veränderungen spezifisch syphilitischer Natur finden sich nicht; es handelt sich eben um ausgeheilte luetische Prozesse. Die Schwielenbildung hat ihren Sitz fast ausschliefslich in der Submucosa; destruktive Veränderungen der Mucosa, speziell an den strikturierten Stellen fehlen vollständig. Diese Integrität der Schleimhaut hält der Verfasser mit Senn für das hervorstechendste und wichtigste unterscheidende Merkmal gegenüber der gummös-ulcerativen Form der Syphilis. In der Frage der Therapie stimmt der Verfasser Fournier bei, welcher sagt: „Solange die Veränderungen auf Infiltrationen durch junge Zellelemente beruhen, können sie unter dem Einflusse der spezifischen Behandlung resorbiert werden; hat aber die Sklerose eingesetzt, so ist die Läsion definitiv, und die interne Therapie ist ihr gegenüber machtlos.“

Göts-München.

Auf dem vierten nordischen Kongrefs für innere Medizin in Helsingfors erstattete J. W. Runeberg das Referat über **„die syphilitischen Herzaffektionen“**. Am häufigsten kommen sklerogummöse Arteriitiden an den Koronararterien mit ihren Folgezuständen, Myomalacie und sekundären Bindegewebsschwielen, zur Beobachtung. Man kann sagen: eine Koronarsklerose mit Angina pectoris ohne Herzhypertrophie und ohne Symptome einer verbreiteten Arteriosklerose unter 50—55 Jahren rührt in acht bis neun von zehn Fällen von gummöser Arteriitis her. In zweiter Linie steht die sklero-gummöse Aortitis mit ihren Folgen, Klappenfehler und Aneurysma; auch hier kann als Regel gelten, dafs bei Personen unter 50—55 Jahren die überwiegende Anzahl akuter und chronischer Aortitiden ohne ausgebreitete Arteriosklerose syphilitischer Natur ist. Ganz besonders gilt das für die Aneurysmen der Aorta, für deren syphilitischen Ursprung auch der günstige Einfluſs spezifischer Behandlung spräche. Circumskripte Gummen im Herzmuskel sind selten und klinisch nicht erkennbar. Diffuse luetische Myocarditis kommt gewöhnlich mit Koronarsklerose zusammen vor. Prognose ist davon abhängig, wie bald die richtige Diagnose gestellt und wie energisch und ausdauernd die spezifische Behandlung durchgeführt wird. — Korreferent U. Quensel spricht über **„die pathologische Anatomie der syphilitischen Herz-**

affektionen". Eine zuverlässige Statistik über diesen Gegenstand gibt es nicht, da vom pathologisch-anatomischen Standpunkt nur das typische Gumma als spezifisch syphilitische Bildung erscheint. Die diffusen Entzündungen und Narben zeigen nichts Charakteristisches. Gleichwohl hält Vortragender mit Heller eine gewisse Form der Aortitis an der Aorta ascendens für spezifisch syphilitisch; sie ist makroskopisch gekennzeichnet durch narbige Einziehungen und grubige Einsenkungen auf der Innenseite, mikroskopisch durch ausgebreitete Veränderungen an der Media und Adventitia, welche die Ursache für die Aneurysmen bilden; beträchtliche Verdickungen der Intima sind ebenfalls nicht selten. — Veränderungen an den gröberen Zweigen der Kranzarterien treten selten allein auf. Sind sie so hochgradig, dafs Obliteration des Lumens entsteht, so erfolgt akute Erweichung der Herzmuskulatur. In chronischen Fällen beobachtet man Schwielenbildung und Herzaneurysmen. Die syphilitischen Veränderungen an den Arterien sind dadurch ausgezeichnet, dafs sie häufig auf ein oder mehrere scharf begrenzte kleine Gebiete beschränkt sind, dafs sie auch bei jungen Individuen vorkommen und dafs man mikroskopisch eine mächtige Zellenproliferation an Intima und Adventitia findet. Immerhin ist die Diagnose, wo typische Gummen fehlen, nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose; das Gleiche gilt für die fibröse Myocarditis.

Diskussion: Gram, Laache, Israel-Rosenthal äufsern sich dahin, dafs die sackförmigen Aortenaneurysmen immer syphilitischer Natur sind. Sie betonen die Bedeutung der spezifischen Behandlung mit und ohne Digitalis. Israel-Rosenthal berichtet über einen Fall, wo ein faustgrofser, pulsierender Tumor mit starken Anfällen von Angina pectoris nach 120 Inunktionen und halbjähriger Bettruhe auf ein Viertel zurückging und wo alle unangenehmen Symptome im Laufe eines Jahres verschwanden. Nur Henschen steht der spezifischen Behandlung skeptisch gegenüber. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1902. No. 39.) *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Syphilitische Aortitis und Tabes, von Jean Lépine. (*Lyon. méd.* 1902. No. 52.) Bekanntlich finden sich bei Tabikern sehr häufig Veränderungen an der Aorta; dieselben sind zum Teil sehr schwerer Art, machen aber doch sehr häufig intra vitam keine oder nur unbedeutende Erscheinungen. Ein Teil der Autoren nun nimmt an, dafs gleich der Tabes selbst auch alle Aortenerkrankungen bei Tabikern syphilitischen Ursprungs sind, während andere in dem häufigen Zusammentreffen von Aortenveränderungen und Tabes einen reinen Zufall sehen. L. selbst ist auf Grund zahlreicher anatomischer Untersuchungen der Meinung, dafs die Aortenveränderungen bei Tabes nur an seltenen Fällen mit Sicherheit als syphilitische Erscheinungen bezeichnet werden können, in den meisten Fällen dagegen handelt es sich um Veränderungen, wie sie die Syphilis wohl bewirken kann, wie sie aber auch durch ganz andere ätiologische Faktoren erzeugt werden. *Göts-München.*

Die Syphilis des Herzens, von Breitmann. (*Gas. des hôpitaux.* Februar 1903.) Die Herzsyphilis zeigt sich in Gestalt einer gummösen Myocarditis, wobei die Gummen an irgend einer Stelle des Herzmuskels auftreten können, oder als spezifische Endocarditis, als Pericarditis (welche aber selten einen exsudativen Charakter zeigt, sondern meist zur Symphyse führt); ferner können die Ganglien und Nerven des Herzens befallen sein, wodurch gewisse Formen von Angina pectoris ihre Erklärung finden. Die funktionellen Störungen sind infolgedessen sehr verschiedener Art. Der Verlauf der Herzsyphilis ist meist ein ganz latenter; die Krankheit dauert lange Zeit und erhält sich stationär, bis auf einmal infolge einer Anstrengung oder des Auftretens neuer spezifischer Erscheinungen eine plötzliche Verschlimmerung eintritt. Plötzlicher Tod ist in diesen Fällen nicht selten und ist er die Folge einer Herzlähmung, seltener einer Ruptur des Muskels in der Gegend der Läsion. Die Indikationen der Therapie er-

geben sich von selbst. Verfasser rät aber statt des Jodkaliums das Jodnatrium, als für das Herz weniger gefährlich, zu benutzen. Aufserdem ist eine intensive Jod-Quecksilberbehandlung beim Fettherzen gefährlich, indem sie plötzliche Herzschwäche und Gehirnanämie verursachen kann, was bei der reinen Herzsyphilis nicht vorkommt.

C. Müller-Genf.

Syphilitische Aortitis, von H. Huchard. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 3.) Bei einer 48jährigen, im Stadium der Menopause befindlichen Frau, die vor zwölf Jahren syphilitisch infiziert worden war, stellten sich plötzlich neuralgische Schmerzen im dritten Interkostalraum und heftige, in der Herzgegend lokalisierte und nach dem linken Arme zu ausstrahlende Schmerzanfälle ein; dieselben entstanden spontan, durch vermehrte Bewegungen und körperliche Anstrengungen konnten sie nicht hervorgerufen werden. Objektiv war an der Kranken ein lautes, klingendes, diastolisches Geräusch an der Aorta nachzuweisen. Es handelte sich um eine syphilitische Aortitis, die zur Periaortitis und Neuritis der Herznerven geführt hatte. Periaortitis und Neuritis waren ihrerseits die Ursache der Schmerzen. Prognostisch ist ein derartiger Fall ungünstig zu beurteilen, weil die Gefahr besteht, dafs es noch zu Veränderungen der Koronargefäfse und infolgedessen zu wirklicher Angina pectoris kommt; auch die Gefahr eines Schrumpfungsprozesses in den Nieren liegt nahe. — Mit dem Eintritt der Menopause fällt die innere Sekretion der Ovarien fort, die wahrscheinlich blutdruckherabsetzende Wirkung hat; es gewinnt nun die blutdrucksteigernde Wirkung der inneren Sekretion der Nebennieren die Oberhand, und die Folge ist eine Steigerung des arteriellen Blutdrucks, die sehr häufig zu Aortitis oder Arteriosklerose führt. Dieses Moment ist natürlich in therapeutischer Hinsicht sehr wichtig. So wird man auch an dem erwähnten Falle neben einer antiluetischen Kur (Verabreichung von Jodkalium innerlich und subcutane Einspritzungen von Hydrargyrum cyanatum) behufs Herabsetzung des Blutdrucks, eine nur aus Milch, Milchspeisen, Eiern und Gemüsen bestehende Diät und aufserdem Ovarintabletten (dreimal täglich je zwei Tabletten à 0,5 Ovarin) verabreichen.

Götz-München.

Nephritis syphilitica acuta, von Waldvogel-Göttingen. (*Dtsch. med. Wochenschrift.* 1902. No. 44.) Als sicherer Beweis für das Vorkommen einer syphilitischen Nephritis müssen die Fälle angesehen werden, in denen

1. keine Krankheit durchgemacht ist, welche häufig mit Nephritis kompliziert ist (Pocken, Scharlach, Typhus etc.);

2. floride Syphilis, deren sichere Zeichen noch während des Auftretens von viel Eiweifs, Cylindern und Ödemen nachweisbar sind, dem Auftreten der Nierenaffektion vorausging;

3. eine Quecksilberkur erst nach dem deutlichen Hervortreten der Nephritis eingeleitet wurde und, ohne dafs sonst in der Lebensweise des Kranken etwas geändert wird, zu einem schnellen Schwinden der Ödeme, des Eiweifs und der Cylinder führt.

Die Forderung, dafs vor der Infektion mit Syphilis Eiweifs und Cylinder nicht nachzuweisen waren, kann ruhig fallen gelassen werden.

Verfasser teilt einen Fall mit, der diesen Anforderungen im wesentlichen entsprach. Es handelte sich um einen Kranken, der früher Masern und rechtsseitige Lungenentzündung durchgemacht hatte; die Pneumonie hatte eine Dilatationshypertrophie des rechten Herzens und eine rechtsseitige pleuritische Schwarte hinterlassen. Drei Wochen vor der Aufnahme in die Klinik bekam Patient nässende Geschwüre am After, noch bei der Aufnahme nachweisbar, in den letzten Tagen vor dem Eintritt in die Klinik wurde eine nachweisbare spezifische Rachenaffektion schmerzhaft, alle Lymphknoten waren vergröfsert. Nach 14tägigem Bestehen der Kondylome traten zunehmende Ödeme auf, es entwickelte sich Ascites und Hydrothorax, bei der

Aufnahme war die Urinmenge vermindert, die des Eiweifs grofs, es fanden sich hyaline und granulierte Cylinder. Es wurde eine Schmierkur eingeleitet (täglich 5 g Ungt. ciner.), die Diät nicht geändert, Bettruhe wie schon vor Eintritt in die Klinik eingehalten, alsbald stieg die Urinmenge, der Eiweifsgehalt nahm rapide ab (in 14 Tagen von 18,5 g auf 1,6 g), Ödeme, Ascites, Hydrothorax schwanden. Nach 15 Einreibungen war Eiweifs im Esbachschen Apparat nicht mehr bestimmbar. Als Patient nach siebenwöchentlicher Kur die Klinik verliefs, war die Urinmenge normal, Eiweifs und Cylinder fehlten. — Verfasser bespricht und widerlegt die Einwendungen, die gegen die Diagnose Nephritis syphilitica acuta erhoben werden könnten. Von einer definitiven Heilung in diesem Falle kann noch nicht gesprochen werden, da die Beurteilung des Zustandes der Nieren durch die Quecksilberwirkung beeinträchtigt und die Beobachtungszeit eine zu kurze war. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Über parenchymatöse Nephritis bei Lues, von Max Wagner. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 50 und 51.) Der Verfasser teilt in Kürze die Ansichten der verschiedenen Autoren über das Vorkommen von syphilitischen, parenchymatösen Nephritiden mit und führt dann aus, dafs unter der grofsen Zahl der veröffentlichten Fälle von parenchymatöser Nephritis bei Lues nur in elf Fällen der syphilitische Ursprung zweifellos ist. Diesen gesellen sich noch drei von Wagner selbst beobachtete Fälle hinzu. In einem derselben war eine Ursache zunächst nicht zu finden, bis circa 14 Tage nach Beginn der Nierenaffektion ein Roseolaexanthem auftrat. — Der Ausbruch der syphilitischen, parenchymatösen Nephritiden trifft fast ausnahmslos zusammen mit dem Auftreten der Sekundärsymptome bezw. mit neuen Eruptionsperioden der Lues; daher mufs auch die syphilitische Ätiologie der Nierenerkrankungen, die in den Latenzperioden der Lues auftreten, sehr zweifelhaft erscheinen. Vier von den erwähnten 14 Fällen wurden nicht mit Hg behandelt: von diesen vier Kranken starben drei, einer genas; in zehn Fällen kamen teilweise wiederholte Hg-Kuren zur Anwendung, bei denen sich nur einmal ein toxischer Einfluſs auf die Nieren geltend machte; von diesen zehn Patienten starben zwei, die übrigen acht genasen. Daraus ergibt sich, dafs die spezifische Behandlung der syphilitischen, parenchymatösen Nephritis wohl berechtigt ist. Die einzig zulässige Methode ist eine unter den peinlichsten Kautelen mit kleinen Dosen eingeleitete Schmierkur, die natürlich bei dem geringsten schädlichen Einfluſs auf Nieren, Darm oder Mundschleimhaut unterbrochen werden mufs. Die Injektionskuren sind speziell bei der syphilitischen Nierenerkrankungen zu verwerfen, weil die schubweise Resorption bei dieser Methode die Gefahr einer Intoxikation nahe bringt. In allen Fällen wird man versuchen, vor Einleitung der Hg-Kur die schwersten Erscheinungen durch diätetische und hydrotherapeutische Mafsnahmen zu beseitigen, um dadurch die Funktionsfähigkeit der erkrankten Nieren zu bessern. *Göts-München.*

Verschiedenes.

Das von der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** unten verzeichnete Merkblatt gelangt nächstens durch die Ärztekammern zur Verteilung an die Ärzte, welche dasselbe in beliebiger Anzahl von der Gesellschaft gratis beziehen können. Bei der Wichtigkeit der Sache ist es indiziert, dafs jeder Arzt seinen geschlechtskranken Patienten ein Exemplar in der Sprechstunde einhändigt.

Merkblatt der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1. Enthaltsamkeit im geschlechtlichen Verkehr ist nach dem übereinstimmenden Urteil der Ärzte im Gegensatz zu einem viel verbreiteten Vorurteil in der Regel nicht gesundheitsschädlich.

2. Die sogenannten „venerischen" oder „Geschlechtskrankheiten" sind in allen Kreisen der Bevölkerung sehr verbreitet. Die wichtigsten sind Tripper (Gonorrhoe) und Syphilis.

Der Tripper beginnt einige Tage bis selbst Wochen nach der Ansteckungsgelegenheit mit Ausfluss aus der Harnröhre des Mannes, resp. aus den Geschlechtsteilen der Frau, oft mit, oft aber auch ohne Schmerzen, Brennen oder Jucken. Er kann besonders bei Frauen ganz unbemerkt bleiben und führt in vielen Fällen zu sehr verschiedenen, manchmal schweren Folgekrankheiten. Er kann auch dann noch vorhanden und ansteckend sein, wenn die Patienten sich schon längst ganz gesund glauben. Sie können dann unwissentlich die Krankheit auf andere übertragen. Sehr häufig werden auf diese Weise die Frauen in der Ehe angesteckt — viele und schwere Frauenkrankheiten, die Kinderlosigkeit mancher Ehe sind auf Tripper zurückzuführen. Auch neugeborene Kinder können durch die oft ganz verborgen gebliebene Krankheit der Mütter angesteckt und dadurch blind werden.

Die Syphilis beginnt mit einer kleinen Abschürfung, einem Knötchen oder einem Geschwür oft erst mehrere Wochen nach der Ansteckung. Sie kann einige Jahre hindurch, in manchen Fällen sogar noch viel länger, wiederholt die verschiedensten Krankheitserscheinungen in allen möglichen Organen bedingen. Sie kann lange Zeit hindurch ansteckungsfähig bleiben und auf die Nachkommenschaft übertragen werden, auch wenn die Kranken selbst gar nichts mehr bemerken.[1]

3. Die — direkte oder indirekte — Hauptquelle der venerischen Krankheiten ist der Verkehr mit den Prostituierten, d. h. mit denjenigen, welche sich für Geld mehreren Männern hingeben. Diese Mädchen werden meist nach kurzer Zeit mit Tripper oder Syphilis oder mit beiden Krankheiten angesteckt und verbreiten sie dann weiter. Selbst die ärztliche Untersuchung der Prostituierten — inner- und aufserhalb der Bordelle — schützt nicht mit Sicherheit; namentlich die jungen Prostituierten sind oft ansteckend. Aber auch Frauen, welche sich nicht prostituieren, sind, wenn sie einen irgendwie ungeregelten Geschlechtsverkehr pflegen, der Ansteckungsgefahr ausgesetzt und daher sehr oft ansteckend. Auch sie können — wie die Männer — krank sein, ohne auch nur eine Ahnung davon zu haben.

---

[1] Der Passus über die Syphilis scheint unseres Erachtens doch gar zu stiefmütterlich ausgefallen zu sein. D. R.

4. Jede, auch die scheinbar unbedeutendste Wunde, Entzündung, Schleimabsonderung an den Geschlechtsteilen kann hochgradig ansteckend sein. Wer solche an sich trägt, darf selbstverständlich unter keiner Bedingung geschlechtlich verkehren, sondern soll sich sofort durch einen staatlich anerkannten Arzt (nicht Kurpfuscher, Naturarzt etc.) untersuchen lassen. Durch frühzeitige Erkennung und Behandlung kann schweren Leiden oft vorgebeugt werden. Die Gefahr der venerischen Krankheiten, welche vielfach unter- und vielfach überschätzt wird, kann durch sachgemäfse ärztliche Hilfe wesentlich eingeschränkt werden. Die allermeisten Fälle sind, wenn auch oft erst in langer Zeit, vollständig heilbar.

5. Der Tripper- oder Syphiliskranke selbst kann nicht erkennen, ob er wirklich geheilt ist oder nicht. Jeder sachverständige Arzt ist gezwungen, Geschlechtskranke oft durch viele Monate oder Jahre immer wieder zu untersuchen, um den Verlauf der Krankheit zu verfolgen und sie im richtigen Augenblick wieder zu behandeln.

Man lasse sich nicht durch die in den Anzeigen der Kurpfuscher und Naturheilkundigen enthaltenen Warnungen von der Quecksilberbehandlung bei der Syphilis abschrecken. Diese ist nach allgemeinem ärztlichen Urteil notwendig, aufserordentlich heilsam und kann in der Hand eines sachverständigen Arztes niemals schaden.

Wer daher, ohne seinen Arzt ausdrücklich zu befragen, Behandlung oder Beobachtung unterbricht, hat es sich selbst zuzuschreiben, wenn er (oft erst nach langer Zeit!) wieder von Krankheitserscheinungen befallen wird. Durch eine solche Vernachlässigung schädigt er aber nicht blofs sich selbst, sondern sehr häufig auch andere Menschen. Wer vor oder nach scheinbarem Ablauf einer venerischen Krankheit, ehe er von seinem Arzte als nicht mehr gefährlich erklärt ist, einen anderen Menschen ansteckt oder auch nur der Ansteckungsgefahr aussetzt, macht sich eines, unter Umständen civil- und strafrechtlich[1] zu ahndenden schweren Vergehens schuldig. Dieses Vergehen ist selbstverständlich nicht weniger schwer, wenn es Prostituierten gegenüber begangen wird.

Ganz besonders mufs jeder, der Tripper oder Syphilis gehabt hat, sich hüten, zu heiraten oder, wenn er schon verheiratet ist, den ehelichen Verkehr wieder aufzunehmen, ohne dafs ihm der Arzt das ausdrücklich als unbedenklich bezeichnet hat. Zahllose schwere Erkrankungen unschuldiger Frauen und Kinder kommen durch Leichtsinn oder Unkenntnis der Männer zu stande.

Wer sich der Gefahr einer venerischen Ansteckung ausgesetzt hat, mufs bedenken, dafs eine Erkrankung noch innerhalb eines Zeitraumes von vier bis sechs Wochen ausbrechen, und dafs er auch innerhalb dieser Zeit die Krankheit übertragen kann, ohne Erscheinungen an sich bemerkt zu haben.

6. Wer einmal eine venerische Krankheit gehabt hat, soll allen ihn später behandelnden Ärzten davon offen Mitteilung machen; es kann das für seine Gesundheit von wesentlicher Bedeutung sein.

---

[1] § 223. Wer vorsätzlich einen anderen (körperlich mifshandelt oder) an der Gesundheit beschädigt, wird wegen Körperverletzung mit Gefängnis bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bis zu eintausend Mark bestraft.

§ 224. Hat die Körperverletzung zur Folge, dafs der Verletzte ein wichtiges Glied des Körpers, das Sehvermögen auf einem oder beiden Augen, das Gehör, die Sprache oder die Zeugungsfähigkeit verliert, oder in erheblicher Weise dauernd entstellt wird, oder in Siechtum, Lähmung oder Geisteskrankheit verfällt, so ist auf Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder Gefängnis nicht unter einem Jahre zu erkennen.

§ 230. Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung eines anderen verursacht, wird mit Geldstrafe bis zu neunhundert Mark oder mit Gefängnis bis zu zwei Jahren bestraft.

7. Wirklich sicher wirkende Schutzmittel gegen die Ansteckung mit venerischen Krankheiten gibt es nicht; jeder aufsereheliche Geschlechtsverkehr kann auch bei der Befolgung von Vorsichtsmafsregeln gefährlich sein. Immerhin ist es zweckmäfsig, sich solcher Mittel (über die nur der Arzt ein sachverständiges Urteil abgeben kann) zu bedienen.

8. Eine aufserordentlich grofse Anzahl von venerischen Ansteckungen kommt im Rausch zu stande; viele werden durch Alkoholgenufs verschlimmert. Auch dadurch richtet der Alkoholismus viel Unheil an.

9. Da viele speziell syphilitische Ansteckungen auch ohne Geschlechtsverkehr zu stande kommen, ist es für jeden Menschen notwendig, intimere Berührung mit Unbekannten und mit allen möglichen Gebrauchsgegenständen zu vermeiden. Durch Küsse, durch unsaubere Efsgeräte, Pfeifen, Rasierpinsel etc. entstehen zahlreiche Erkrankungen. Auch das Säugen und Päppeln ärztlich nicht untersuchter Kinder ist unbedingt zu unterlassen.

Andererseits sind alle venerisch Kranken zur sorgfältigsten Reinhaltung ihres Körpers verpflichtet, und besonders die Syphilitischen müssen sich immer bewufst bleiben, dafs sie auch ohne geschlechtlichen Verkehr ihre Krankheit durch Unachtsamkeit verbreiten können.

Dr. Unnas Herbstkurse über sämtliche Zweige der Dermatologie.

Wöchentlich 29 Stunden. Dauer vom 28. Sept. bis 17. Okt. 1903.

Vorlesungen:

Dr. Bargum:	Normale Histologie der Haut. 2 Stunden.
„ Dreuw:	Photographie, stereoskopische Mikrophotographie. 4 Stunden.
„ Herz:	Bakteriologie. 2 Stunden.
„ Krause:	Technik der Unnaschen Färbemethoden. Übungen im Färben. 4 Stunden.
„ Leistikow:	Spezielle Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 2 Stunden.
„ Lewi:	Dermato-pharmazeutische Präparate. 2 Stunden.
„ Pappenheim:	Theorie der Färbung. 2 Stunden.
„ Plaut:	Dermatomykosen. 2 Stunden.
„ Unna:	1. Einführung in die Theorie der Färbetechnik. 1 Stunde.
	2. Poliklinik der Hautkrankheiten. 2 Stunden.
	3. Allgemeine Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 2 Stunden.
„ Wulf:	Urologie. 2 Stunden.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 37. No. 6. 15. September 1903.

Ein Beitrag zur Ekzemfrage: durch Depigmentieren der ekzematös erkrankten Haare und Darstellen der darauf befindlichen Mikroorganismen, sowie der durch sie verursachten Läsionen der Haare.

Von

Dr. J. Schwenter-Trachsler,
Privatdozent an der Hochschule Bern.

Mit zwei Abbildungen im Text.

Die vorliegende Arbeit wurde im August 1898 im Privatlaboratorium von Herrn Dr. Unna in Hamburg begonnen. Ursprünglich war nur beabsichtigt, durch Einwirkung von chemisch differenten Stoffen das Pigment von dunklen Haaren so zu zerstören, dafs die Haare für die Betrachtung durch das Mikroskop durchsichtig würden. Bei der Fortsetzung dieser Arbeit in Bern wurde jedoch das zu erreichende Ziel weiter gesteckt in dem Sinne, dafs die Depigmentation der Haare es ermöglichen sollte, auf den Haaren befindliche Mikroorganismen sichtbar zu machen, sowie von diesen an den Haaren verursachte Läsionen nachzuweisen.

Um auf die Haare einzuwirken wurden vorerst die folgenden Substanzen benutzt:

1. Barium sulfurat., 2. Calcium sulfurat., 3. Kalium sulfurat., 4. Ammonium sulfurat.; diese Stoffe kamen zur Anwendung, weil sie überhaupt haarzerstörend sind.

Direkt auf das Pigment einzuwirken wurde versucht durch Behandeln der Haare mit: 5. Hydrogen. peroxydat., 6. Aq. chlorat., 7. Natr. superoxydat., 8. Barium superoxydat., 9. Kalium chloric. und 10. Kalium permanganic. Ebenfalls erprobt wurden 11. Liq. calc. hypochloros. (Eau de Javel), 12. Liq. natrii hypochloros. (Eau de Labarraque) und endlich 13. Liq. calc. bisulfurosi wegen der schwefligen Säure.

Soweit diese Stoffe fest sind, wurden sie bei den Versuchen in einem bestimmten Prozentsatze destilliertem Wasser von Zimmertemperatur zugesetzt; die flüssigen Substanzen wurden unverdünnt oder nach Zusatz von destilliertem Wasser benutzt.

Die verwendeten Haare waren normale Haare, dunkel bis schwarz, also pigmentreich.

Infolge äufserer Umstände konnte diese Versuchsreihe nicht im Zusammenhange ausgeführt werden, und so kommen die dabei erhaltenen Resultate erst hier zur Veröffentlichung.

Das Ergebnis war folgendes:

1. Barium sulfurat.

Mit Aq. destillat. zusammen wirkt es auf die Haare nicht ein bei Zimmertemperatur, auch nach einer Einwirkung von drei Tagen Dauer nicht.

Erwärmt man, so wird das Haar weich, dabei aber nur unbedeutend depigmentiert.

2. Calcium sulfurat.

Zusammen mit Aq. destillat. hat es bei Zimmertemperatur keine Einwirkung auf das Haarpigment. Das gleiche ist der Fall bei

3. Kalium sulfurat. und bei

4. Ammonium sulfurat.

5. Hydrogenium peroxydat.

Dieses Präparat wirkt verschieden auf das Haarpigment ein; bald wird das Pigment teilweise zerstört, und bald wird es gar nicht angegriffen. Im Verlaufe der Untersuchungen hat sich herausgestellt, dafs solches mit den Bezugsquellen im Zusammenhange steht. Überhaupt ergab sich auch für andere dieser Substanzen, dafs ihre Wirkung eine verschiedene war, je nach der Provenienz; es wurde dies bemerkbar, weil Präparate von Hamburg, Paris, Genf und Bern zur Verwendung kamen.

Es wurde also konstatiert, dafs H_2O_2 das Haarpigment ziemlich zerstören kann, unverdünnt oder ā mit Aq. destillat. und zwar nach 24 bis 48 Stunden Einwirkung bei Zimmertemperatur; die Cuticula wird hierbei nicht beschädigt.

Wie bereits erwähnt, veränderte bei anderen Versuchen das Hydrogenium peroxydat. die Haare gar nicht.

6. Aq. chlorat.

Bei einigen Versuchen mit unverdünnter Aq. chlorat. gelang es, die Haare etwas zu depigmentieren nach 12 bis 24 Stunden Einwirkung bei Zimmertemperatur, ohne dafs dabei die Cuticula in sichtbarer Weise verletzt worden wäre. Dagegen kamen auch Versuchsreihen vor, bei denen Aq. chlorat. die Haare gar nicht beeinflufste.

7. Natrium superoxydat.

Dies Präparat wirkt in Lösung sehr energisch auf die Haare ein und zerstört das Pigment. Um aber ein brauchbares Depigmentierungsresultat zu erhalten, d. h. um die Haare so zu depigmentieren, dafs sie nachher weiter bearbeitet resp. gefärbt werden können, müssen die in der Lösung

befindlichen Haare sozusagen permanent beaufsichtigt werden, und es ist eine fortdauernd vorgenommene Kontrolle unter dem Mikroskop nötig, wie noch weiter unten des genaueren auseinandergesetzt werden wird.

Bei normalen, unveränderten, pigmentreichen Haaren verwendet man 2 bis 10%ige Lösungen. Je nach Stärke, d. h. Resistenz des Haares, wird dasselbe nach ½—5 Stunden ziemlich vollständig depigmentiert; dabei aber besteht die Gefahr, dafs die Cuticula und auch die übrige Haarsubstanz lädiert werden; es ist deshalb die häufige Kontrollierung des Haares durch das Mikroskop während der Depigmentierung durch Natr. superoxydat. nicht zu umgehen.

8. Barium superoxydat.

Mit Aq. destillat. zusammen bleicht es die Haare nach zwei bis drei Tagen um ein geringes; schliefslich wird das Haar lädiert. Unangenehm ist auch das Ansetzen von Kristallen an das Haar.

9. Kalium chloric. und

10. Kalium permanganic., jedes für sich oder beide zusammen mit Aq. destillat., sind auch nicht zu verwenden.

Kalium chloric. mit Aq. destillat. depigmentiert nur wenig, färbt dabei die Haarwurzel dunkel und setzt Kristalle an das Haar an.

Kalium permanganic. mit Aq. destillat. ändert das Haar nicht.

Beide zusammen mit Aq. destillat. machen, dafs das Haar schwarz und brüchig wird; es setzen sich auch Kristalle an dasselbe.

11. Liquor calcii hypochloros.

Werden Haare in die unverdünnte Flüssigkeit gelegt, so wird deren Pigment nur sehr wenig zerstört; dabei werden sie dünn, schliefslich weifs, brüchig und lösen sich endlich ganz auf. Das gleiche ist der Fall, wenn Liquor calcii hypochloros. mit Aq. destillat. verdünnt wird, nur dafs dann die Zerstörung des Haares langsamer vor sich geht.

12. Liquor natrii hypochloros.

Diese Flüssigkeit greift ebenfalls sofort das Haar an und zerstört es schliefslich; das Haar wird aber etwas stärker depigmentiert als durch das vorhergehende Präparat.

13. Liquor calcii bisulfurosi.

Je nach Provenienz ist die Wirkung eine verschiedene; die Haare können etwas, aber auch gar nicht depigmentiert werden. Um eine Depigmentierung zu erzielen, mufs das Haar 12 bis 24 Stunden eingelegt werden in die unverdünnte Flüssigkeit; wird sie = mit Aq. destillat. verdünnt, so geht es etwas länger; meist leidet die Cuticula etwas.

Während dieser Versuche erschien in Heft 9, Band XXVIII der *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* eine Arbeit von Fryding-Lund über Depigmentierung von Haaren. Herr Fryding verwendete zu seinen Versuchen Wasserstoff superoxyd., Kalium permanganic., Kalium

chlor., Liquor natr. hypochloros., Calcar. chlorat., Sol. calc. bisulfuros., Aq. chlorat., Natrium superoxyd., Barium superoxyd.; letztere zwei wurden auch in Paraffin. liquid. suspendiert angewendet.

(Liquor natrii hypochlorosi und Solut. calc. bisulfurosi wurden als gesättigte Lösungen benutzt. Aq. chlorat. mit 0,4%igem freien Chlor; die übrigen Substanzen in 4—10%iger Lösung oder suspendiert in Paraffin.)

Das Resultat der Versuche von FRYDING ist folgendes: H_2O_2 ergab nach 24—48stündiger Einwirkung eine fast vollständige Depigmentation.

Kalium permanganic. allein und zusammen mit Kalium chloric. wirkten zerstörend auf das Haar und färbten es zugleich dunkel.

Liquor natrii hypochloros. depigmentierte vollständig unverdünnt in fünf bis sechs Stunden, verdünnt in 10—24 Stunden.

Calcar. chlorat. in 5%iger Lösung ergab nach drei Stunden eine genügende Depigmentation, in 2,5 und 1%iger Lösung brauchte es vier bis fünf Stunden.

Solut. calc. bisulfuros. depigmentierte das Haar nach 24 Stunden.

Die in Paraffin suspendierten Substanzen wirkten nicht auf das Haarpigment ein.

Dagegen depigmentierte eine 4%ige Lösung von Na_2O_2 nach einer Stunde ein Haar vollständig, eine 1%ige Lösung nach drei Stunden.

Barium superoxyd. depigmentierte das Haar erst vollständig nach mehr als 48 Stunden.

Wenn ich diese Versuche mit meinen Ergebnissen vergleiche, so kann ich folgendes sagen:

Bei Barium superoxyd. habe ich auch nach mehrtägiger Einwirkung keine vollständige Depigmentierung erhalten können.

Bei H_2O_2, Kalium permanganic. und Kalium chloric. stimmen meine Erfahrungen mit denen von FRYDING überein. Ebenso bei Na_2O_2, hier jedoch mit dem Zusatz, dafs Na_2O_2 ein sehr energisch wirkender Körper ist, der während seiner Einwirkung sorgfältig überwacht werden mufs; ein Mehr von einigen Minuten kann ein schön depigmentiertes Haar so beschädigen, dafs es nicht weiter verwendbar ist.

Dagegen hat bei meinen Versuchen mit Liquor natrii hypochlorosi sich besonders die haarzerstörende Wirkung desselben gezeigt; das Haar wird allerdings depigmentiert, die Auflösung desselben geht aber damit parallel.

Die gleiche haarzerstörende Wirkung zeigte sich mir auch bei Liq. calc. hypochloros., seine pigmentzerstörende Eigenschaft war dabei eine geringe.

So viel über die Differenz zwischen den Resultaten meiner Versuche und derjenigen von FRYDING.

Neben meinen Versuchen habe ich auch nachgeprüft, was HOLLBORN (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1895. Bd. XVIII., No. 2—3, S. 47) angibt mit dem von HUEPPE eingeführten Farbstoff:

Alaun, Haematoxylin. ▪ 2,0
Alkohol, Aq. dest., Glycerin. ▪ ad 100,0.

Nach HOLLBORN sollen bei Anwendung dieses Farbstoffes das Haar farblos und die darauf befindlichen Mikroorganismen blau werden. Es wurde diese Methode bei Ekzemhaaren nachgeprüft. Trotzdem diese Lösung 24 Stunden und länger auf die Haare einwirkte, ja, dieselben sogar damit gekocht wurden, so gelang es doch nicht, die Haare aufzuhellen und auch nicht die Mikroorganismen zur Anschauung zu bringen. Dagegen konnten mit dem unten angegebenen Verfahren mit Leichtigkeit auf den gleichen Haaren Mikroorganismen nachgewiesen werden.

Mit dem Herbst 1900 wurden die Untersuchungen mit diesen Stoffen an normalen, stark pigmentierten Haaren abgeschlossen.

Es wurde nun zu der Depigmentierung von erkrankten, dunklen Haaren (Ekzemhaaren) übergegangen. Und zwar wurde dabei als Endzweck im Auge behalten, die Haare so zu depigmentieren, dafs nachher darauf befindliche Mikroorganismen dem Auge durch Färbung auf dem dekolorierten Haare sichtbar gemacht werden können.

Zu dem Zwecke wurden bis Anfang 1902 die von mir seit 1898 benutzten chemischen Präparate weiter verwendet. Von den depigmentierenden Stoffen erwies sich schliefslich das Na_2O_2 als am besten verwendbar, weil die übrigen, das Pigment zerstörenden Körper oft auch die Haarsubstanz zerstörten.

Nach zahlreichen Versuchen ergab sich als leitender Grundsatz bei der Depigmentierung, dafs nur so weit depigmentiert werden darf, als es möglich ist, solches zu tun, ohne dafs dabei die Haarsubstanz leidet. Man sieht alsdann Cuticula, Rinde und Markkanal deutlich. Wird noch weiter als bis hierher depigmentiert, so dafs die Cuticulazellen anfangen zu zersplittern, dann nimmt das Haar bei der Färbung so viel Farbe auf, dafs es wie ein dunkler, undurchsichtiger Stab aussieht, der kaum mehr zu entfärben ist; gelingt es dennoch schliefslich, das Haar zu entfärben, so sind die darauf sitzenden Mikroorganismen mit entfärbt. Wird aber so verfahren, wie oben angegeben, so färbt sich das Haar entweder gar nicht oder nur leicht und kann alsdann leicht entfärbt werden, ohne die Färbung der Mikroorganismen zu beeinträchtigen.

Zu diesen Versuchen wurde Na_2O_2 in Aq. dest. gelöst (2—15%ige Lösungen); dieselben hatten Zimmertemperatur. Je nach der Stärke der Lösung wird das Haar schneller oder weniger schnell depigmentiert. Man

muſs aber das Haar in einem fort überwachen und es im richtigen Momente herausnehmen, bevor die Cuticulazellen aufquellen und zersplittern. Makroskopisch ist dieser Moment gekommen, wenn das Haar anfängt sich um die Präpariernadel zu winden, daneben aber muſs das Haar auch fortwährend mit dem Mikroskop kontrolliert werden. Auch bevor die Haare

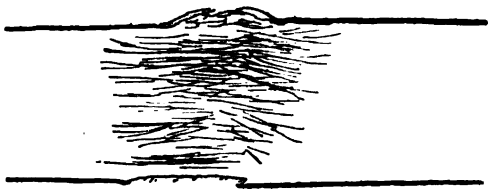


Fig. 1.

Depigmentiertes Ekzemacapitishaar mit Läsion; das Haar war ursprünglich braun.

Das Haar ist soweit depigmentiert, daſs es sehr durchsichtig ist (fast pigmentlos). Die Haarkonturen sind, soweit sie nicht die Läsion betreffen, stark hervortretend. An der oberen Seite der Läsion ist die Haargrenze etwas verschwommen und zeigt in der Mitte eine Lücke. Auf der unteren Seite der Läsion zeigt die Haargrenze eine Lücke in der Länge der ganzen Läsion; die Breite (Tiefe) des Defektes entspricht der Breite (Tiefe) der Cuticula, dieselbe ist also hier abgesplittert. Das gleiche ist der Fall dort, wo sich in der Kontur der oberen Seite der Läsion eine Lücke befindet.

Die Läsion selbst erinnert etwas an das Bild von Trichorrhexis nodosa. Die Cuticula ist über die ganze Breite des mikroskopischen Bildes aufgesplittert und zwar so, daſs es aussieht, wie zwei gegeneinander gekehrte Bürsten.

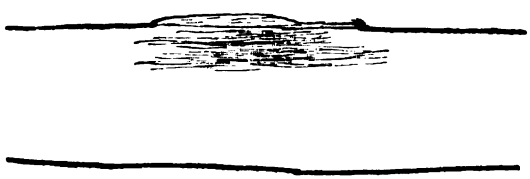


Fig. 2.

Depigmentiertes Ekzemacapitishaar, ursprünglich braun, mit Läsion.

An der oberen Grenze der Läsion sieht man die aufgelockerte Cuticula, darunter in der Längsrichtung des Haares gehende, dicht zusammmen stehende Einrisse in der Cuticula.

in die Lösung eingelegt werden, bedürfen dieselben einer Kontrolle durch das Mikroskop. Ist ein Haar durch die Einwirkung der Toxine der darauf sitzenden Mikroorganismen stark lädiert, so zerfällt es, in die Flüssigkeit eingelegt, nach kurzer Zeit und ist daher nicht zu verwenden. Man legt also nur Haare mit geringeren Läsionen ein, und da läſst sich feststellen, daſs das Pigment eines Haares um so schneller zerstört wird,

je mehr das Haar lädiert ist. Je geringer die Einwirkung dieser Toxine fortgeschritten, um so länger dauert die Depigmentation und um so besser konserviert sich das Haar.

Die auf diesem Wege erhältliche Depigmentierung ist nicht eine vollständige, immerhin wird dadurch das Haar genügend aufgehellt.

Hat man nun ein Haar in der angegebenen Weise (genügend) depigmentiert, so wird es in einem Bade von warmem Wasser von den anhaftenden Resten des Depigmentierungsstoffes befreit. Nachher kommt das Haar während einiger Minuten in die Farblösung (Gentiana-Alaun). Die Färbung des Haares wird durch das Mikroskop kontrolliert. Hat es sich soweit gefärbt, dafs man die Färbung der Mikroorganismen annehmen kann, so wird das Haar herausgenommen und zum Entfärben in Pikroanilin gelegt.

Die so präparierten Haare sind genügend aufgehellt; Cuticula, Rindensubstanz und Markkanal lassen sich deutlich erkennen und die Stellen, an welchen sich Mikroorganismen befinden, sind genügend gefärbt und lassen an ihren Rändern die Konturen der Mikroorganismen, wenn auch etwas verschwommen, erkennen. Die übrige Partie dagegen von diesen Mikroorganismen haltenden Stellen präsentiert sich als gleichmäfsig gefärbte Plaques. Ebenso sind Läsionen, welche sich an solchen Haaren befinden, so stark gefärbt, dafs es nicht möglich ist zu erkennen, wo die Mikroorganismen an diesen lädierten Stellen hineingedrungen sind.

Der Umstand, dafs die von Mikroorganismen behafteten Stellen so stark gefärbt wurden, dafs nur an den Rändern Konturen derselben zu erkennen waren, und weil auch die Läsionen soviel Farbstoff aufnahmen, liefs die Vermutung aufkommen, es könnte die Einwirkung der verwendeten Substanzen zur Folge gehabt haben, dafs die Mikroorganismen in eine nicht differenzierbare Masse verwandelt worden seien. Um dies zu ergründen, impfte man Ekzemhaare auf verschiedene Nährböden; von den erhaltenen Kulturen wurden Reinkulturen angelegt, und von diesen letzteren dann Orientierungsstrichpräparate gemacht. Man behandelte nun diese Strichpräparate genau auf die gleiche Weise, wie vorher die Haare mit den bisher benutzten Depigmentationssubstanzen; bei Zimmertemperatur blieben sie in den gleichen Lösungen gleich lange Zeit liegen. Dann wurden die Präparate herausgenommen und auf die gleiche Weise gefärbt und entfärbt wie die Haare. Es zeigte sich, dafs bei dieser Prozedur die Mikroorganismen sich nicht nur nicht auflösten, sondern dafs man schöne klare Bilder davon erhielt.

Die bisher angewendeten Depigmentierungsmethoden depigmentierten also die Ekzemhaare, ohne die darauf befindlichen Mikroorganismen zu zerstören; dagegen war es bei denselben nicht möglich, von den letzteren deutliche Bilder herzustellen.

Da bei dem bisherigen Verfahren ein deutliches Differenzieren der auf den Ekzemhaaren befindlichen Mikroorganismen nicht möglich war, so mufsten notwendigerweise neue Versuchsreihen mit anderen Stoffen angestellt werden.

Auf Anraten von UNNA wurden nun die nachfolgenden Untersuchungsserien angestellt:

Ähnlich, wie beim Bleichen von Schwämmen verfahren wird, legte man dunkle Ekzemhaare abwechselnd in eine konzentrierte Lösung von Kalium permang. mit Aq. dest. und in Oxalsäure; Calc. superoxyd. kam gleichfalls in Betracht. Auch wurden Kal. ferricyanat. und Bar. superoxyd. mit einander im Verhältnis von 30 : 100 mit Aq. dest. zusammengebracht und in diese Lösung ebenfalls Haare eingelegt. Und schliefslich wurden die Percarbonate und Persulfate herangezogen und ihr Depigmentierungsvermögen in 30%igen Lösungen gleichfalls geprüft. Von diesen letzteren Stoffen waren erhältlich Kal. percarbonic., Ammon. persulfuric., Kal. persulfuric., Natr. persulfuric.

Während diese Versuche angestellt wurden, trug man noch einer anderen Idee Rechnung nach UNNAS Rat. Man strebte danach, das Keratin des Haares vor dem Depigmentieren so zu verändern, dafs es nachher für basische Farbstoffe weniger empfänglich wäre. Solches wurde versucht zu erreichen durch Kochen der Haare in Aq. dest., sodann durch Einlegen von Haaren in Kalilaugeglycerin (Kalilauge 40%, Glycerin 60%) und in Natronlaugeglycerin (Natronlauge 40%, Glycerin 60%).

Wie schon erwähnt, wurden die Versuche mit dunklen Ekzemhaaren angestellt; die erhaltenen Resultate sind die folgenden:

Kal. permang. und Oxalsäure.

Die Haare wurden über Tag alle zwei Stunden gewechselt, d. h. von einer Flüssigkeit in die andere gelegt; nachts kamen sie in Aq. dest. Es ergab sich, dafs bei 24stündigem und noch längerem Verweilen in diesen Präparaten nur eine geringe Depigmentation des Haarschaftes zu erzielen war; das Haar blieb steif, die Cuticula intakt.

Kal. ferricyanat. mit Bar. superoxyd. zusammen in Aq. dest. gelöst.

Die Haare blieben hier ebenfalls 24 Stunden und länger in der Lösung liegen. Auch da war die Depigmentation eine geringe, und die Cuticula blieb unbeschädigt; dagegen erweichte der Haarschaft und bedeckte sich mit dunklen Kristallen.

Calc. superoxyd., 30%ige Lösung in Aq. dest.

Nach 24stündigem und längerem Verweilen in der Lösung waren die Haare nicht genügend depigmentiert, die Cuticula war nicht beschädigt und das Haar biegsam.

Kal. percarbonic., 30%ige Lösung in Aq. dest.

Nach 24 Stunden ist die Depigmentation eine genügende. Das Haar ist noch steif; die Cuticula ist an einzelnen Stellen dachziegelförmig aufgelockert.

Ammon. persulfuric., 30%ige Lösung in Aq. dest.

Nach 24 Stunden ist die Depigmentation eine gleichmäfsig gute; das Haar ist gut erhalten, die Cuticula nicht aufgesplittert.

Kal. persulfuric., 30%ige Lösung in Aq. dest.

Die Depigmentation ist nach 24 Stunden eine genügende; die Cuticula ist intakt, und die Konsistenz des Haares hat wenig gelitten.

Natr. persulfuric., 30%ige Lösung in Aq. dest.

Nach 24 Stunden ist das Haar sehr gut aufgehellt und die Cuticula unversehrt. Der Haarschaft ist etwas biegsam, aber nicht gequollen.

Gekochte Haare (während einer Stunde gekocht).

Sie zeigen als solche unter dem Mikroskop keine wahrnehmbare Veränderung.

Gekochte Haare (während einer Stunde), in 30%iger Lösung von Ammon. persulfuric. während $2^1/_2$ Stunden.

Die Haare sind gequollen und sehr weich.

Das gleiche war der Fall, wenn statt Ammon. persulfuric. das Natr. persulfuric. benutzt wurde.

Haare in Kalilaugeglycerin, nach 24 Stunden.

Gute Depigmentation; Cuticula gut erhalten, Haarschaft nicht weich.

Haare in Natronlaugeglycerin, nach 24 Stunden.

Gute Depigmentation; Haar gut erhalten.

Haare aus Kalilaugeglycerin (24 Stunden) $2^1/_2$ Stunden in 30%ige Ammon. persulfuric.-Lösung.

Gute Depigmentation; Cuticula erhalten, Haar weich.

Haare aus Kalilaugeglycerin (24 Stunden), $2^1/_2$ Stunden in 30%iger Lösung von Natr. persulfuric.

Resultat das gleiche, wie beim vorhergehenden Versuch.

Haare aus Natronlaugeglycerin (24 Stunden), $2^1/_2$ Stunden in 30%iger Natr. persulfuric.-Lösung.

Depigmentation gut, Cuticula erhalten, Haar weich.

Haare aus Natronlaugeglycerin (24 Stunden), $2^1/_2$ Stunden in 30%iger Ammon. persulfuric.-Lösung.

Haare sehr gut depigmentiert, weniger weich als die depigmentierten Kalilaugeglycerinhaare.

Auf allen diesen so präparierten Haaren suchte man nun durch geeignete Färbung und Entfärbung an denselben haftende Mikroorganismen nachzuweisen. Zahlreiche Versuche an depigmentierten Haaren, solches auszuführen, führten zu der Erkenntnis, dafs es für die meisten derselben

notwendig ist, sie nach dem UNNAschen Verfahren vor dem Depigmentieren zu entfetten, sonst mifslingt das Färben und Entfärben.

Analog den UNNAschen Kolorierungsmethoden wurde zum Färben benutzt, aufser der schon erwähnten, sehr verdünnten Gentiana-Alaunlösung: Alaun (5%) — Carmin (2%), Gentiana (2%) — Alaun (5%) — Glycerin (5%); auch polychromes Methylenblau kam zur Anwendung. Zur Dekolorierung wurden angewendet: Pikroanilin, Anilin (20%) — Acid. hydrochloric. (0,2%), Anilin (20%) — Jod. pur. (0,1%) — Ac. tannic. (0,1%) — Ac. nitric. (0,04%).

Das Ergebnis war das folgende:

Haare abwechselnd in Kal. permang. und in Oxalsäure.

Da die Haare nicht genügend depigmentiert werden konnten, so war es auch nicht möglich, die darauf haftenden Mikroorganismen deutlich darzustellen.

Haare aus der Lösung von Kal. ferricyanat. mit Bar. superoxyd. zusammen.

Auch hier war es nicht möglich, Mikroorganismen nachzuweisen, weil die Haare mit einer Kristallkruste bedeckt und auch an und für sich wenig depigmentiert sind.

Haare aus 30%iger Kal. percarbonic.-Lösung.

Nach der Kolorierung und Dekolorierung ergeben sich ganz klare und deutliche Bilder von Mikroorganismen.

Haare aus 30%iger Calc. superoxyd.-Lösung.

Auf denselben befindliche Mikroorganismen lassen sich ziemlich deutlich darstellen.

Haare aus 30%iger Ammon. persulfuric.-Lösung.

Diese Haare lassen auch gute Bilder darstellen.

Haare aus 30%iger Kal. persulfuric.-Lösung.

Die so behandelten Haare ergeben nach Färbung und Entfärbung deutliche Bilder der aufsitzenden Mikroorganismen.

Haare aus 30%iger Natr. persulfuric.-Lösung.

Sie ermöglichen die Darstellung der aufsitzenden Mikroorganismenlager in scharfen, deutlichen Bildern.

Gekochte Haare.

Daraus, dafs einzelne Stellen auf den Haaren nach der Kolorierung und Dekolorierung den Farbstoff nicht abgeben, kann auf Anwesenheit von Mikroorganismen an diesen Stellen geschlossen werden. Was die Haare an und für sich anbelangt, so lassen sie sich leicht entfärben.

Gekochte Haare, die 2½ Stunden in 30%iger Lösung von Ammon. persulfuric. gelegen haben.

Diese Haare nehmen in kurzer Zeit viel Farbstoff auf und lassen sich nachher nicht mehr soweit entfärben, dafs sie für die mikroskopische Untersuchung weiter verwendbar sind.

Das gleiche Resultat erhält man, wenn man gekochte Haare während $2^1/_2$ Stunden in eine 30%ige Lösung von Natr. persulfuric. legt.

Haare aus Kalilaugeglycerin.

Bei diesen Haaren gelingt es nicht, scharfe Bilder der Mikroorganismen zu erhalten.

Haare aus Natronlaugeglycerin.

Desgleichen sind bei diesen Haaren keine deutlichen Bilder zu erhalten.

Haare aus Kalilaugeglycerin, die $2^1/_2$ Stunden in 30%iger Natr. persulfuric.-Lösung waren.

Sie färben sich in kürzester Zeit sehr stark und sind nicht mehr zu entfärben.

Haare aus Kalilaugeglycerin, die $2^1/_2$ Stunden in 30%iger Ammon. persulfuric.-Lösung waren.

Färben sich stark in kürzester Zeit und sind nicht mehr zu dekolorieren.

Haare aus Natronlaugeglycerin, die $2^1/_2$ Stunden in 30%iger Natr. persulfuric.-Lösung waren.

Diese Haare lassen sich gut kolorieren und dekolorieren; sie lassen gute mikroskopische Bilder der Mikroorganismen darstellen.

Haare aus Natronlaugeglycerin, die $2^1/_2$ Stunden in 30%iger Ammon. persulfuric.-Lösung waren.

Diese Haare lassen sich ebenfalls gut kolorieren und dekolorieren und zeigen auch deutliche mikroskopische Bilder der aufsitzenden Mikroorganismen.

Es fanden sich also bei den zuerst angestellten Versuchen nur drei Substanzen, welche Haare depigmentierten, das Hydrogenium peroxydatum, Aq. chlorata und Natrium superoxydatum. Es war aber nicht möglich, auf den so depigmentierten Haaren nachher durch Kolorieren und Dekolorieren die darauf befindlichen Mikroorganismen deutlich sichtbar zu machen. Dafs dieses letztere nicht auf einer Zerstörung der Mikroorganismen beruhte, haben die erwähnten Versuche mit Reinkulturen dargetan. Eine entsprechende Depigmentation zur nachherigen Darstellung von deutlich differenzierten mikroskopischen Bildern der aufsitzenden Mikroorganismen gelang erst bei Verwendung von Calc. superoxyd. und von den gegenwärtig erhältlichen Percarbonaten und Persulfaten. Der Versuch, das Keratin der Haare vor dem Depigmentieren durch Kochen, durch Einlegen in Kalilaugeglycerin oder Natronlaugeglycerin so zu beeinflussen, dafs dasselbe nachher weniger empfänglich sei für basische Farbstoffe, gelang nur teilweise. Bei gekochten Haaren und bei Haaren, die in Kalilaugeglycerin gelegen, war das Gegenteil des Erstrebten der Fall; die Haare tränkten sich stark mit Farbstoff und waren kaum mehr zu entfärben; dagegen wurde ein positives Ergebnis erzielt bei Anwendung von Natronlaugeglycerin vor dem Depigmentieren; solche, nachher von Pigment befreite Haare waren leicht zu färben und zu entfärben; sie er-

gaben auch deutliche, mikroskopische Bilder der aufsitzenden Mikroorganismen. Bei diesen Versuchen fand man, dafs auch Kalilaugeglycerin und Natronlaugeglycerin Haare depigmentieren.

Die hier veröffentlichten Versuche sind nur ein kleiner Bruchteil vieler Versuche. Im allgemeinen läfst sich sagen, dafs es nicht möglich ist für das Depigmentieren von Ekzemhaaren Konzentrationsgrade der verwendeten Substanzen anzugeben, welche für alle diese Haare passen; ebenso ist es mit der Zeit, während welcher diese Haare in den Lösungen liegen bleiben. Was hier angegeben wurde, entspricht Haaren, die nur noch wenig von den Toxinen der Mikroorganismen angegriffen worden sind; man kann dies aber den Haaren unter dem Mikroskop nicht immer ansehen; es ist deshalb notwendig, dieselben während der Depigmentation permanent mikroskopisch zu überwachen und auch je nach Resistenz der verwendeten Ekzemhaare im allgemeinen die Lösungen stärker oder schwächer zu nehmen. Hier ist auch darauf aufmerksam zu machen, wie eingangs bemerkt wurde, dafs das Resultat auch abhängig ist von der Provenienz der verwendeten Depigmentationssubstanzen. Bei der Kolorierung und Dekolorierung kommt ebenfalls die Resistenz des Haares sehr in Betracht; ja nicht zu vergessen ist, dafs die Haare zu allererst entfettet werden müssen, sonst ist es meistens unmöglich, nachher Mikroorganismen auf denselben nachzuweisen.

In den Kulturen von den geimpften Ekzemhaaren befinden sich stets verschiedene Kolonien, verschieden an Gröfse, verschieden an Farben. Aus diesen Kulturen liefsen sich fast regelmäfsig Reinkulturen von drei verschiedenen Bakterienarten züchten:

1. Aus ziemlich grofsen, mattglänzenden, schmutzig weifs-gelblichen Kolonien ein plumper Bacillus.

2. Aus ebenfalls ziemlich grofsen, auch mattglänzenden, aber weifslichgrauen Kolonien ein grofser Coccus in unregelmäfsiger Lagerung, und

3. aus kleinen, gelben, glänzenden Kolonien ein kleiner Coccus, ebenfalls in unregelmäfsiger Lagerung.

Mit diesen Mikroorganismen angestellte Impfversuche lieferten kein Resultat, weil der Impfstoff nachher abgewaschen wurde.

Diese Mikroorganismen findet man auf den Ekzemhaaren in Konglomeraten (Plaques), einzeln zerstreut, und bei Läsionen am Rande derselben; bei Läsionen, welche Defekte der Cuticula zeigen, sind sie wahrscheinlich auch in die Tiefe des Haares gedrungen; es läfst sich dies daraus schliefsen, dafs diese von Cuticula entblöfsten Stellen nicht zu dekolorieren sind. Eine definitive Bestätigung dieses Eindringens der Mikroorganismen durch die Läsionsöffnung in die Tiefe des Haares läfst sich erst erzielen durch Untersuchungen von Querschnitten der Haare an diesen lädierten Stellen.

Die eben erwähnten Läsionen bestehen im allgemeinen in der Aufsplitterung der Cuticula an einer Stelle des Haares, an welcher Konglomerate von Mikroorganismen sich befunden haben. Beginnende Läsionen bestehen aus einigen wenigen, dicht neben einander stehenden Einrissen der Cuticula. Es gelingt hin und wieder, dicht an den Rändern dieser Einrisse Mikroorganismen nachzuweisen. Dann findet man gröfsere Läsionen, d. h. eine gröfsere Anzahl solcher Einrisse beisammenstehend. Und ganz schwere Läsionen zeigen dann in der Mitte der Einrisse unregelmäfsig geformte Defekte der Cuticula. Bei anderen schweren Läsionen konstatiert man ein Bild, welches an die Läsionen bei Trichorrhexis erinnert (die Risse gehen gegeneinander, wie die Haare von zwei gegeneinander gekehrten Bürsten).

Die in dieser Arbeit angegebenen Methoden zur Depigmentierung, Kolorierung und Dekolorierung von Ekzemhaaren können vielleicht noch weitere Verwendung finden bei anderen mykotischen Haarerkrankungen und unter Umständen es ermöglichen, deren Diagnose leichter und sicherer zu stellen.

Über die Ursachen der Säurefestigkeit der Tuberkel- und Leprabacillen. — Die Säurefestigkeit der Lycopodiumspore, der Korkzelle u. a.

Von

Dr. Ernst Delbanco-Hamburg.

Mit drei Abbildungen im Text.

In einem in der *Deutschen Zeitschrift für Chirurgie* erscheinenden Aufsatz: „Über einen spontan vereiterten Echinococcus der Oberschenkelmuskulatur", berichte ich auch des genaueren über die Säurefestigkeit der Echinococcusmembran. Der Aufsatz hat mich Stellung nehmen lassen gegen eine Arbeit, in welcher der Fettgehalt der Tuberkelbacillen als wesentlich für die spezifische Färbbarkeit nicht anerkannt wird. Die kurze Polemik läfst mich heute des ausführlicheren die Literatur hier niederlegen, welche meiner Mitteilung in den Sitzungsberichten der biologischen Sektion des hamburgischen ärztlichen Vereines vom 17. April 1900 zu Grunde lag. Die damalige Mitteilung dürfte meines Erachtens im Hinblick auf die Ursachen der spezifischen Färbbarkeit der Tuberkel- und Leprabacillen nicht ohne Interesse sein. Der späte Termin der Veröffentlichung mag durch die gröfsere Zahl von Arbeiten, welche mich inzwischen auf andere Gebiete geführt haben, entschuldigt werden.

In dem offiziellen Protokoll (*Münch. med. Woch.* 1900, No. 27) heifst es: „Herr DELBANCO demonstriert zwei Präparate von Sputum, welches in einem „Pillenglas" zur Untersuchung gebracht wurde und durch Lycopodiumsamen verunreinigt war. Der Lycopodiumsamen nimmt die Tuberkelbacillenfärbung an, und zwar sind es Teile des die Zellmembran überziehenden Leistensystems, welche bei flüchtiger Untersuchung immerhin einmal zu schwerer Täuschung führen könnten, indem sie als säurefeste Stäbchen bei genügender Zertrümmerung der Zellmembran erscheinen. D. verbreitet sich über die Struktur und die vorliegenden Angaben zur Chemie des Lycopodiumsamens. Von dem Tuberkelbacillus wissen wir heute, dafs seine Säurefestigkeit auf dem Gehalt an festen Fettsäuren beruht. Indem sich D. über die chemische Zusammensetzung pflanzlicher Zellmembranen zu unterrichten versuchte, wurde er aufmerksam gemacht auf Arbeiten über die Korksubstanz, auch Suberin genannt, welche nahe verwandt ist dem in den Zellmembranen der Oberhäute auftretenden Cutin. Das Suberin, die allein für den Kork charakteristische Substanz, befindet sich in der sogenannten Suberinlamelle, der mittleren der drei Lamellen, welche die Wand der Korkzelle bilden. Das Suberin ist ein ziemlich genau studiertes Fett im exakten chemischen Sinne; es besteht wahrscheinlich aus dem gemischten Glycerinester der Phellon- und Stearinsäure. Der naheliegende Schlufs, dafs die Wandung der Korkzelle säurefest im Sinne des Tuberkelbacillus ist, hat sich D. sofort bestätigt. Es werden Schnitte durch Kork demonstriert, die dieses zeigen. Aufser den festen Fettsäuren ist für die Säurefestigkeit nach D. noch ein anderes Moment von Wichtigkeit, und das ist für den Kork die Tatsache, dafs das Korkfett zwischen den Cellulosemolekülen so fest eingeschlossen liegt, dafs es nur äufserst schwer gelingt, das Suberin vollkommen aus der Korkwandung zu extrahieren, während es im isolierten Zustand leicht löslich ist. D. vertritt die Ansicht, dafs auch bei dem Tuberkelbacillus kompliziertere Verbindungen der festen Fettsäuren mit dem Protoplasma es sind, welche die Säurefestigkeit bedingen."

Am 27. Februar 1900 war mir durch Herrn Dr. LÖWENHAUPT ein Sputum übersandt worden mit der Bitte, die Untersuchung auf Tuberkelbacillen vorzunehmen. Das Sputum gehörte einem klinisch dunklen Fall an, für welchen der Nachweis von Tuberkelbacillen besondere Bedeutung erlangt hätte.

Die Beschaffenheit des Sputums und den mikroskopischen Befund im einzelnen übergehe ich hier. Beim Anfertigen der zur Färbung bestimmten Präparate war mir aufgefallen, dafs das Verreiben der übereinander gekreuzten Objektträger von knackenden Geräuschen begleitet war. Gleichzeitig hatte ich das Gefühl von feinem Sand zwischen den Objektträgern. Die bei Immersionseinstellung vorgenommene Durchmusterung der Präparate, welche mit Karbolfuchsin gefärbt der gewohnten Nachbehandlung mit Salpetersäure und Alkohol und einer Gegenfärbung mit Methylenblau unterzogen worden waren, hatte ein überraschendes Ergebnis: es fanden sich zahlreiche stäbchenförmige, als solche aber verschieden dicke und verschieden lange, bald spitz,

bald breiter endigende, vielfach auch verzweigte Gebilde, welche das Karbolfuchsin zurückgehalten hatten. Sehr oft hatten die verzweigten Gebilde die Form des Schlüssels, der zum Anziehen der Fahrradschrauben bestimmt ist. Die Gröfse der Gebilde wechselte sehr. Soviel war mir sofort klar, dafs die Gebilde, im ganzen betrachtet, mit Tuberkelbacillen, überhaupt mit Pilzen nichts zu tun haben könnten. Andererseits konnte ich aber die Gegenwart von Tuberkelbacillen nicht ausschliefsen, da einzelne der beschriebenen Gebilde so fein und zart waren, dafs, wären sie allein im Präparat vorhanden gewesen, ich wohl nicht gezaudert hätte, Tuberkelbacillen anzunehmen. Nur ganz vereinzelt waren noch gröfsere, massige, kugelförmige Gebilde mit netzförmiger Oberfläche vorhanden, welche gleichfalls das Karbolfuchsin zurückgehalten hatten. Ohne weiteres habe ich diese Gebilde mit den vorher beschriebenen Stäbchen nicht in Verbindung gebracht; sie allein legten den Gedanken einer Verunreinigung nahe. Ihr vereinzeltes Vorkommen war die Folge des guten Verreibens der Präparate gewesen, wie sich hinterher zeigte.

Fig. 1.
Zertrümmerte Lycopodiumsporen.

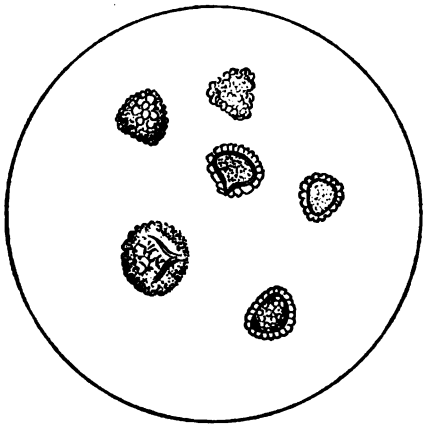


Fig. 2.
Lycopodiumsporen.

Nach diesen überraschenden Feststellungen habe ich sofort von dem Sputum frische Präparate angefertigt; solche sollten allerdings jeder Färbung voraufgehen. Da waren massenhaft jene ebenerwähnten gröfseren, kugelförmigen Gebilde zu finden. Das Verreiben der Objektträger zum Zwecke der Färbungen hatte sie zum gröfseren Teil zerstört. Weiter wurde mir klar, dafs die säurefesten kleineren, stäbchenförmigen Gebilde Teile der zerstörten grofsen, kugelförmigen Gebilde waren.

Das Bild war mir unbekannt. Ich wurde an Tänieneier erinnert, dachte sogar einer unbekannten Tänienart auf der Spur zu sein. Da meine Kenntnisse zu Ende waren, sandte ich das Sputum meinem Freunde Dr. Plaut, dessen Kenntnisse mir so oft geholfen hatten. Umgehend erhielt ich den Bescheid, dafs die fraglichen Gebilde Lycopodiumsporen seien. Ein Blick auf das Glas, in dem das Sputum aufgefangen und überbracht worden war, belehrte mich, dafs eine grobe Verunreinigung des Sputums erfolgt war, weil zur Aufbewahrung des Sputum ein Pillenglas gedient hatte.

Den Ursachen der Säurefestigkeit der Lycopodiumsporen nachzugehen, stellte ich mir zur Aufgabe. Nicht so ganz fern lag mir das Thema, da

es mir vergönnt gewesen war, an UNNAS Studien vom Jahre 1897 teilzunehmen, welche mit dem Fettgehalt der Tuberkel- und Leprabacillen und mit den Beziehungen des Fettgehaltes zur Säurefestigkeit sich beschäftigt hatten. Unabhängig von einander haben, woran ich hier erinnern will, das Problem der Säurefestigkeit mit einem Fettgehalt in Verbindung gebracht UNNA, KLEBS und ROBERT KOCH. Das Verdienst, in den Tuberkelbacillen Fette nachgewiesen zu haben, teilen die drei Autoren mit noch anderen. Auf die einzelnen Arbeiten komme ich später noch zurück. Welcher Art aber die Beziehungen zwischen Fettgehalt und Säurefestigkeit im einzelnen sind, darüber gehen die Ansichten der Autoren noch auseinander. Hier, dachte ich, könnte vielleicht die Beschäftigung mit der Säurefestigkeit der Lycopodiumsporen klärend eingreifen.

Ich beginne mit dem Bau der Lycopodiumsporen: Es ist ein feines, sehr bewegliches, geruch- und geschmackloses Pulver von blafsgelber Farbe, auf Wasser schwimmend, aber nach dem Kochen darin untersinkend, spez. Gew. bei 16° = 1,062. Durch anhaltendes Zerreiben wird es locker, nimmt allmählich eine grauliche Farbe an und läfst sich jetzt erst mit Wasser durchfeuchten. Langsam erhitzt verbrennt es ruhig; in die Flamme geblasen aber mit Explosion, wie dies überhaupt manche mit organischer Struktur versehene pulverförmige Körper zeigen. Die starken Hüllen des Lycopodiums veranlassen ein blitzähnliches Zerplatzen.

Das Lycopodium haftet leicht an festen, nicht allzu glatten Körpern und ist so gut wie unveränderlich und nicht hygroskopisch; hierdurch eignet es sich sehr wohl zum Einhüllen von Oberflächen, welche vor äufseren Einflüssen geschützt werden sollen. Innerlich wird es nur selten gebraucht.

Unter dem Mikroskop erscheint das Lycopodium als durchweg gleich grofse Zellen von 35 Mikromillimeter Durchmesser, die von vier Flächen begrenzt sind, deren eine (die Basis) jedoch nicht eben, sondern stark gewölbt ist, während die drei anderen flacheren (Pyramidenflächen) in einer scharfen Ecke zusammentreffen, von welcher drei gefurchte Kanten nicht ganz bis zur Basis herabgehen. Die Zellwand ist gebildet aus einer äufseren derben Haut, dem Exosporium, und einer zarteren inneren, dem Endosporium, welche innig mit einander verbunden sind. Der ersteren ist ein feines Netzwerk von Leistchen aufgesetzt, welche sich so kreuzen, dafs sie besonders auf der Wölbung der Basis rundliche, fünfseitige oder sechsseitige Maschenräume bilden. An den Durchschnittspunkten erheben sich die Leistchen etwas, so dafs die Körner bei schwächerer Vergröfserung gewimpert erscheinen.[1] Längs der Kanten der Pyramidenfläche bleibt jene netzförmige Überstrickung zurück. Die Lycopodiumspore ist durchsichtig und läfst zunächst keinen besonderen Inhalt erkennen; preft man sie zwischen Glastafeln sehr stark zusammen, so platzt jedes Korn längs der drei Tetraëderkanten, welche im Scheitel zusammentreffen, und läfst Öltröpfchen austreten. Man kann letztere auch zur Anschauung bringen, wenn man das Lycopodium zerreibt oder mit konzentrierter Schwefelsäure durchfeuchtet. Siedendes Wasser und selbst kochende Ätzlauge von ungefähr 1,32 spez. Gew. sind ohne auffallende Wirkung auf dasselbe. Äther, Chloroform, Schwefelkohlenstoff durchdringen die Lycopodiumkörper sehr rasch, vermögen aber merkwürdigerweise nicht erhebliche Mengen Öl auszuziehen. 10 Gramm

[1] Im Text nicht gesperrt gedruckt.

Lycopodium mit den genannten Flüssigkeiten geschüttelt, gaben mir nur 0,05 bis 0,06 Gramm fettes Öl. Zerreibt man aber die Sporen, so treten sie leicht 20 bis 30 % Öl an jene Lösungsmittel ab, noch mehr, wenn man die Zertrümmerung der Körner dadurch befördert, dafs man sie mit Quarzsand und Weingeist zusammenreibt. In dieser Weise gaben 9,327 Gramm über Schwefelsäure getrocknetes Lycopodium 4,425 Gramm Öl, also 47,4 %. Dasselbe schmeckte milde und blieb bei —15° bis auf einen geringen, allmählich krystallisierenden Absatz flüssig.[2]

Kocht man das Lycopodium mit angesäuertem Wasser aus und destilliert den konzentrierten Auszug mit Ätznatron, so gehen Spuren eines Alkaloïdes über. Aber selbst bei Verarbeitung von acht Kilogramm der Ware reicht die höchst geringe Ausbeute nur eben hin, die Existenz jenes flüchtigen Alkaloïdes darzutun. Die Substanz der Zellwände ist als Pollenin bezeichnet worden; ihr inneres Häutchen färbt sich mit Kali gelb und hierauf nach Behandlung mit Schwefelsäure durch Jod blau. Die anorganischen Bestandteile des Lycopodiums belaufen sich auf 4 %; lufttrockene Ware verliert bei 100° nur 4 % Wasser. Die Angabe von Buchholz (1807) und Rebling (1855), dafs das Lycopodium gegen 3 % Zucker enthalte, bedarf erneuter Prüfung.

Soweit Flückiger: Pharmakognosie des Pflanzenreiches (2. Auflage. Berlin 1881). Aus dem Kommentar zum Arzneibuch für das Deutsche Reich. III. Ausgabe (Pharmacopoea Germanica editio III), herausgegeben von Hager, Fischer und Hartwich (Berlin 1896) setze ich noch aus dem Kapitel Lycopodium hierher:

Die Chemie der Lycopodiumsporen ist neuerdings durch Langer eingehend studiert. Derselbe bestätigt die Angaben von Buchholz und Berling, welche 3 % Zucker fanden.

Die Hauptmasse, etwa 50 %, bildet ein grüngelbes Öl, welches aus etwa 80 % flüssiger Ölsäure, daneben Glycerin und festen Säuren besteht. Die flüssige Ölsäure besteht als $C_{16}H_{30}O_2$, soll nach demselben als α-Decyl-β-Isoprophylacrylsäure zu betrachten sein. In der festen, fetten Säure des Öls ist Myristinsäure enthalten.

Mit Alkohol maceriert, wird dieser zu Acetaldehyd oxydiert, was auf der Fähigkeit der Sporen, Sauerstoff in Form des Ozons in sich zu verdichten, beruht.

An mineralischen Bestandteilen enthalten sie 1,155 %, hauptsächlich Phosphate des Calciums, Kaliums, Natriums, Magnesiums, Eisens und Aluminiums, daneben Calciumsulfat, Kaliumchlorid, Aluminiumsilikat und Mangan.

Das Pollenin oder Lycopodin älterer Autoren ist die Zellwandsubstanz. Ein Alkaloïd Lycopodin $C_{32}H_{52}N_2O_6$ hat Bödecker im Kraute gefunden. Flückiger fand in den Sporen nur Spuren davon.

Die neueste Auflage des pharmazeutischen Handbuches von Hager (1902) enthält keine neuen Ergebnisse über die Chemie des Lycopodiumsamens.[3]

---

[2] Durch diese Angaben wird verständlich, dafs Lycopodiumpulver, behandelt mit Schwefelkohlenstoff oder mit Kalilauge und Benzin — die Herren Lewy und Dr. Runge von der Hamburger Schwanapotheke haben in freundlichster Weise mir so behandelte Lycopodiumsporen übermittelt — sich sowohl durch Überosmiumsäure noch schwärzt, als auch die Säurefestigkeit bewahrt. Es gelingt aber nicht — zumal ohne Zertrümmerung der Sporen — das Fett zum erheblichen Teil zu entfernen.

[3] Die Schwimmfähigkeit der Lycopodiumsporen hat neuerdings durch den Nachweis von Luftkammern an ihrer Oberfläche eine einfache Erklärung gefunden. Das netzförmige Leistensystem, welches dem Exosporium aufsitzt, ist nach aufsen hin abgeschlossen durch eine Membran. Herr Dr. Brick von der hiesigen Station für Pflanzenschutz teilte mir dieses mit. Eine Dissertation von Lüchner: „Beiträge zur Biologie der Sporen“ (Jena, 31 S., Wiesbaden 1898, Bechtold & Co.), behandelt eingehend die Frage. Herr Dr. Brick hat mir freundlichst sein in den *Botanischen Jahresberichten* XXVI, 1898, Berlin 1900, S. 643, niedergelegtes Referat über die Lüchnersche Arbeit zur Verfügung gestellt:

Teile des netzförmigen Leistensystems der zertrümmerten Lycopodiumsporen sind es, welche die säurefesten Gebilde in meinen Sputumpräparaten geliefert hatten. Die vorliegenden Untersuchungen über die Chemie der Lycopodiumsporen berichten, dafs die Sporen zu 50% aus einem grüngelben Öl bestehen, welches aus etwa 80% flüssiger Ölsäure, daneben Glycerin und festen Säuren besteht. — In der festen, fetten Säure ist Myristinsäure enthalten.

Die Arbeiten, welche sich mit dem Gehalt der Tuberkelbacillen an festen Fetten beschäftigen, zeigen keine Einigkeit in der Frage, welcher

---

„L. gibt Beiträge zur Biologie der Sporen. Er zeigt, wie die Oberflächenbeschaffenheit der Sporen im Einklang mit den Entwicklungsbedingungen der Pflanzen steht, wie die Sporen, nachdem sie verweht worden sind, durch gewisse Einrichtungen definitiv an den Ort gebracht werden, wo sie die geeignetsten Bedingungen für ihre Keimung finden. Verfasser unterscheidet Netzsporen und Tüpfelsporen.

Die Netzsporen sind mit zentrifugalen Leisten bedeckt, welche, unter einander verbunden, ein Netzwerk darstellen; über die Leisten hinweg ist ein Häutchen ausgespannt, so dafs die Oberfläche der Netzsporen mit zahlreichen lufthaltigen Kammern bedeckt ist. Diese Sporen sind unbenetzbar, sie schwimmen auf Wasser. Durch Fett oder Öl ist diese Erscheinung nicht hervorgerufen, sondern allein die Luftkammern bilden einen Schwimmapparat. Durch die Unbenetzbarkeit wird das Eindringen der Sporen in den Boden und das Passieren der wasserhaltigen Bodenräume ermöglicht; den leicht benetzbaren Farnsporen kommt die Eigenschaft, in die Tiefe zu gelangen, nicht zu. Haben die Netzsporen Bodenschichten passiert, so werden sie benetzbar und behalten diese Eigenschaft auch bei; das Aufsenhäutchen ist durchgerieben. Die Netzsporen sind gewissen Schwimmfrüchten oder dem Samen von Orobanche zu vergleichen. Typische Netzsporen besitzen Lycopodium clavatum, L. complanatum, L. Weightianum, L. dendroidum, L. scariosum, L. annotinum, Helminthostachys zeylanica und Ophioglossum vulgatum. Alle diese Arten entwickeln ihr Prothallium in einer gewissen Tiefe unter der Erdoberfläche.

Besonders bemerkenswert ist noch, dafs bei allen netzsporigen Pflanzen die aus den Sporen hervorgehenden Entwicklungsstadien auf Symbiose mit anderen Gewächsen angewiesen sind. Die Sporen erhalten durch das Netzrelief die Fähigkeit, in ein passendes Substrat zu gelangen, in welchem sie Gelegenheit finden, mit dem geeigneten Symbionten, von denen eine die Keimung erregende Wirkung ausgeht, in Berührung zu treten.

Schwach entwickelte Leisten haben die Sporen von Lycopodium innundatum und L. cernuum, sowie die Botrychiumarten. Auch Übergänge zu dem folgenden Typus sind vorhanden. Infolge des Verschwindens des Netzreliefs haben diese Sporen die Fähigkeit, tiefer in den Boden einzudringen, verloren; sie keimen nahe an der Oberfläche des Substrates.

Die Membran der Tüpfelsporen ist mit zahlreichen punkt- oder spaltenförmigen Tüpfeln durchsetzt oder durchlöchert. Das für die Keimung nötige Wasser kann dadurch schnell ins Innere gelangen; aufserdem weist auch der Chlorophyllgehalt der Sporen auf eine rasch eintretende Keimung hin. Die Tüpfelsporen sind benetzbar, sie sinken im Wasser unter. Die Prothallien vieler hierher gehörigen Arten leben auf der Rinde von Bäumen. Tüpfelsporen finden sich bei Lycopodium Hippuris, L. Selago, L. Phlegmaria, L. verticallata, L. curiofolium, L. mirabile, L. aloifolium und Ophioglossum pendulum.

Bezüglich der Equisetumsporen bestätigt Verfasser durch Versuche die von Kerner gegebene Erklärung der biologischen Bedeutung der Elateren für die Aufsuchung günstiger Keimungsbedingungen."

Ich denke, dafs die kurze Zusammenstellung unserer wichtigsten Kenntnisse bezüglich der von dem Mediziner so oft verwendeten Lycopodiumsporen von allgemeinem Interesse ist.

Art die Beziehungen dieser Fette zu den Eiweifsstoffen bezw. zu den übrigen Stoffen des Bacillenleibes sind. Die auseinander gehenden Ansichten sollen nachher kurz neben einander aufgeführt werden. Koch hatte z. B., die alte Hüllentheorie von neuem stützend, die Ansicht geäufsert, dafs die festen Fette als eine besondere Schicht den Bacillus umgeben. Andererseits hatte Unna eine Mischung von Fett und Eiweifs, eine Fettbeimischung angenommen in konsequenter Vertretung seiner Studien, welche schon längst ihn bestimmt hatten, die Hüllentheorie abzulehnen u. s. w. Es lag mir daher nahe, als weiteres Problem bei der säurefesten Wand der Lycopodiumspore die Frage zu stellen: Geben die vorliegenden Untersuchungen über die Chemie der Pflanzenzelle irgend welche Auskunft über Gegenwart, Bildungsmaterial, Lagerung, physikalische oder chemische Bindung von Fetten in der Zellwand selbst? Die Angaben über Bau und Chemie der Lycopodiumspore sagen, dafs die Zellwandsubstanz von dem Pollenin (oder dem Lycopodin älterer Autoren) dargestellt wird. Ist dieses Pollenin von den Fetten durchtränkt von innen her oder ist es selbst fetthaltig, enthält es als solches Fett?

Wiesners berühmtes Werk: „Anatomie und Physiologie der Pflanzen" hat diese Fragen beantwortet. Es verlohnt sich, das dieselben behandelnde Kapitel, welches uns Medizinern zahlreiche neue Ausblicke eröffnet, hierher zu stellen mit Einschlufs der Anmerkungen, in welchen der Autor oft seine eigenen grundlegenden Ansichten mitteilt.

„Chemische Beschaffenheit der Zellmembran." Die jugendliche Zellwand besteht aus festen und flüssigen Teilen. Die feste Substanz ist Cellulose (vergl. die letzte Anmerkung zu diesem Citat), die flüssige Wasser (Imbibitionswasser), welches organische und anorganische Substanzen aufgelöst enthält. Die im aufgelösten Zustande in die Zellmembran eintretenden, später häufig in fester Form daselbst ausgeschiedenen Körper werden als Infiltrationsprodukte der Zellwand angesprochen. In späteren Entwicklungsstadien und im Alter nimmt die Menge dieser Produkte zu. In dieser Zeit geht auch ein gröfserer oder kleinerer Teil, manchmal auch die gesamte Cellulose, in ein oder mehrere andere chemische Individuen über, wodurch der physikalische Charakter der Zellwand wesentlich verändert wird. Diese durch chemische Metamorphose aus der Cellulose hervorgegangenen Substanzen werden als Umwandlungsprodukte der Zellwand bezeichnet.

Die Cellulose ist im reinen Zustande in Kupferoxydammoniak löslich, wird durch Jodlösung und hierauf folgende Einwirkung von Schwefelsäure gebläut, durch Chlorzinkjodlösung violett gefärbt.[4] Die Cellulose galt früher als celloidale, völlig amorphe

---

[4] Vor langer Zeit hat Schleiden (Grundzüge, 4. Aufl., S. 122) in den Kotyledonen von Schotia latifolia und in anderen Pflanzen einen der Cellulose nahestehenden Membranstoff aufgefunden, welcher sich von der Cellulose u. a. dadurch unterscheidet, dafs er schon durch Jodlösung (ohne Zusatz von Schwefelsäure) sich blau färbt. Schleiden hat diese in Säuren und Alkalien leicht löslichen Körper Amyloid genannt. Diese fast in Vergessenheit geratene Substanz fand jüngsthin Heinricher (Flora, 1888, S. 163 ff.) in den Kotyledonen von Impaticus Balsamia und anderen Impaticusarten wieder auf und zeigte, dafs dieser Körper als Reservestoff fungiert.

Substanz, scheint aber doch kristallisationsfähig zu sein.[5] Es gibt zahlreiche, in der Zellwand auftretende Substanzen (z. B. die Holz- und Korksubstanz), welche beide Reaktionen verhindern. Nach Beseitigung dieser Substanzen mittels oxydierender oder kaustischer Mittel gelingt es, die genannten Reaktionen hervorzurufen. Erst durch sehr lang andauernde Einwirkung dieser Mittel (z. B. durch wochenlange Behandlung mit kaustischer Kalilauge) gelingt es, in Pilzmembranen die Gegenwart der Cellulose zu konstatieren.[6]

Die Schichten der im Gewebeverbande befindlichen Zellmembranen differieren im chemischen Charakter. Cellulose kann in den Verdickungsschichten und in der Innenhaut solcher Zellhäute stets nachgewiesen werden, nicht so in der Aufsenhaut (Mittellamelle), welche gewöhnlich von Pektinstoffen oder anderen Körpern gebildet wird.

Von mineralischen Infiltrationsprodukten der Zellwand sind in erster Linie kohlensaurer Kalk und Kieselsäure zu nennen. Ersterer findet sich in manchen Geweben, z. B. in der Fruchthaut von Celtis australis, so reichlich vor, dafs sie, mit Salzsäure übergossen, lebhaft aufbrausen. Manche Algen (Lithothamniumarten) nehmen infolge hohen Gehaltes an kohlensaurem Kalk einen korallenartigen Charakter an. Es sei hier an die Cystolithen erinnert, welche gewöhnlich reichlich mit derselben Substanz infiltriert sind. Kieselsäure findet sich in den Zellwänden der Oberhaut der Equiseten so reichlich vor, dafs nach vollkommener Verbrennung der betreffenden Gewebe ein sogenanntes „Kieselskelett" zurückbleibt, welches noch alle Struktureigentümlichkeiten der Oberhaut erkennen läfst. In den Oberhäuten vieler Gräser sammelt sich die Kieselsäure in manchen zwerghaft bleibenden Zellen, Kieselzellen, an. Von anderen häufiger vorkommenden, mineralischen Infiltraten ist noch phosphorsaurer Kalk und phosphorsaures Eisenoxyd, ferner Kalk, an Oxalsäure gebunden, zu nennen, welcher in manchen Zellwänden (Bastzellen von Taxus, Grundgewebshaare von Nuphar und Nymphaea), sogar in Kristallform erkennbar ist.

Organische Infiltrate kommen in jeder lebenden Zellwand vor, wie man sich durch übermangansaures Kalium leicht überzeugen kann. Diese in Lösung lebhaft rotviolette Substanz oxydiert die meisten organischen Substanzen rasch und wird dabei braun; Cellulose wird aber von diesem Reagens nur schwach und erst nach langer Zeit angegriffen. Junge, unverletzte Zellhäute werden durch das Reagens rasch gebräunt. Bedenkt man, dafs die stets organische Substanzen enthaltenden Zellsäfte fortwährend von Zelle zu Zelle diffundieren, so wird es begreiflich, dafs sich in den Zellwänden immer organische Infiltrate vorfinden müssen.

Von Umwandlungsprodukten sei hier zunächst an die Entstehung der Intercellularsubstanz im Endosperm von Ceratonia siliqua erinnert. Hier entsteht Schleim aus der Cellulose der Zellwände. Ferner sei das Bassorin genannt, welches sich aus den Mark- und Markstrahlenzellen der Astragalusstämme durch totale Umwandlung der Cellulosemembran bildet. Das Bassorin tritt aus diesen Stämmen als weiche Masse aus und bildet im erhärteten Zustande den Traganth. Auch andere Gummiarten (Kirsch-, arabisches, Moringagummi etc.) entstehen in gleicher Weise. Diese chemischen Metamorphosen kommen allerdings nicht so häufig vor, wie einige später zu besprechende, sind aber deshalb von besonderem Interesse, weil sie die unange-

---

[5] Nach den Untersuchungen von E. Gilson kann die Cellulose aus Lösungen von Kupferoxydammoniak kristallisch erhalten werden. La cristallisation de la cellulose etc. La cellules, Lierre & Louvain, T. IX, p. 397 ff.

[6] Nach neueren Untersuchungen tritt in den Membranen der Pilzzellen neben Kohlehydraten („Callose", eine Modifikation der Cellulose) ein bis dahin blofs im Tierreiche beobachteter, das Hautskelett der Insekten bildender Körper, das Chitin, auf. *Berichte der deutsch. chem. Ges.* Bd. XXVII und XXVIII.

zweifeltsten Fälle chemischer Metamorphose repräsentieren, welche vom chemischen Standpunkte aus ganz einleuchtend erscheinen, da hier einfach ein Kohlenhydrat (Cellulose) in ein anderes (Schleim, Bassorin, Cerasin, Arabin etc.) übergeht. — In allen Holzzellen, Gefäßen etc. entsteht durch chemische Metamorphose der Cellulose die sogenannte Holzsubstanz (Lignin), welche sich in der Zellmembran leicht durch schwefelsaures Anilin oder durch Phloroglucin und Salzsäure nachweisen läßt. Ersteres Reagens färbt die verholzte Zellmembran gelb, die beiden anderen, nach einander angewendet, rufen eine intensiv rotviolette Färbung hervor. Auch die Korksubstanz = Suberin), nahe verwandt dem in den Zellmembranen der Oberhäute auftretenden Cutin, welche sich in den Korkgeweben als Bestandteil der Zellwand bildet und ein talgartiges Fett ist,[7] wird als ein Umwandlungsprodukt der Cellulose angesehen.[8] Verkorkte Gewebe liefern durch Kochen im Schulzeschen Gemisch Cerinsäure, eine weiße, harzige, in Äther lösliche Masse. Auch die Farbstoffe der Farbhölzer (das Brasilin des Rotholzes, Hämatoxilin des Blauholzes etc.) werden zu den Umwandlungsprodukten der Zellwand gerechnet.[9]

Der aufmerksame Leser des voranstehenden ausführlichen Citates wird begreifen, daß mich vor allem die Angaben über ein in den Korkgeweben

---

[7] Nach Kügler (*Archiv der Pharmacie.* 1884) besteht das Suberin aus Stearin und dem Glycerinäther der im Korke entdeckten, erst bei 96° C. schmelzenden Phellonsäure. Nach entsprechender Reinigung lassen sich aus dem Flaschenkorke durch alkoholische Kalilösung an 30% Fettsäure gewinnen.

[8] Im Text nicht gesperrt gedruckt.

[9] In diesem Paragraphen hielt ich mich möglichst genau an die herrschende Lehre. In mehreren wesentlichen Punkten weiche ich von den vorgetragenen Ansichten ab. Vor allem aber ist die Angabe, daß die jugendliche Zellhaut (die „Cellulosehaut") aus reiner Cellulose bestehe, gewiß nicht richtig, denn erstlich wird auch die von organischen Infiltraten gereinigte jugendliche Zellhaut durch übermangansaures Kalium sofort gebräunt und gewöhnlich läßt sich gerade in ganz jugendlichen Zellen (Meristem der Vegetationsspitze) die Cellulose der Wand nicht sofort direkt, sondern erst nach tief eingreifender Vorbehandlung (mit Chlorzink, Kalilauge etc.) nachweisen, offenbar, weil nebenher auftretende Substanzen die Cellulosereaktion verhindern. Nimmt man an, daß die Zellhaut anfangs nur aus Cellulose bestehe, so gelangt man zu der vom chemischen Standpunkte zum Teil geradezu unhaltbaren Ansicht, daß alle — nicht infiltrierten — organischen Substanzen der Zellhaut aus Cellulose entstanden sind. Daß das Bassorin des Traganths, häufig auch andere Gummiarten und Schleime, aus Cellulose hervorgehen, ist bewiesen; auch andere, den Kohlenhydraten näherstehende Methankörper (Fettkörper) mögen aus Cellulose entstehen; allein daß die in der Zellhaut so häufig auftretenden stickstoffhaltigen Körper und aromatischen Substanzen (Benzolabkömmlinge), wie: Vanillin, Coniferin, die Farbstoffe der Farbhölzer, der Cellulose ihr Entstehen verdanken sollen, ist in hohem Grade unwahrscheinlich. Genaue Studien über die chemische Beschaffenheit der Zellhaut haben deren komplexe chemische Zusammensetzung dargelegt, eine Eigentümlichkeit, welche sie mit allen organisierten Körpern teilt. Beispielsweise enthält die verholzte Zellwand außer Cellulose stets noch Vanillin, Coniferin, zwei Gummiarten (Pentaglucosen), einen mit Salzsäure sich gelb färbenden Körper, stickstoffhaltige Substanzen, worunter oft Eiweiß nachweislich ist und, nach dem Verhalten des Lignins zu urteilen, gewiß noch zahlreiche andere chemische Individuen. Wie die Untersuchungen von Pringsheim und Strassburger lehrten, besteht die Anlage der Wand aus Protoplasma. Mehr oder minder lang erhält sich das Protoplasma (als Dermatoplasma) und damit das Eiweiß in der Zellhaut. Da durch Spaltung und Zersetzung der Eiweißkörper sowohl Methan- als Benzolkörper, und zwar der verschiedensten Art, entstehen, so erklärt sich hierdurch die chemische Metamorphose der Zellhäute viel einfacher und viel sicherer, als unter der Annahme des Hervorgehens all dieser Körper aus Cellulose. (Wiesner, Organisation der veget. Zellhaut, l. c., und Krasser, Untersuchungen über das Vorkommen von Eiweiß in der pflanzlichen Zellhaut. Ebendaselbst. Bd. XCIV. I. Abt. [1886].)

als Bestandteil des Zellmembranes auftretendes talgartiges Fett, das Suberin — nahe verwandt dem in den Zellmembranen der Oberhäute auftretenden Cutin — fesselten. Das Suberin wird als ein Umwandlungsprodukt der Cellulose betrachtet, eine Annahme, gegen welche auch Wiesner nichts einzuwenden scheint. Was lag mir näher, als das Korkgewebe auf seine Säurefestigkeit zu prüfen. Wäre es — so war mein Gedankengang — im Sinne des Tuberkelbacillus säurefest, so wäre die spezifische Färbbarkeit eines bestimmten Gewebes theoretisch erschlossen, gleichzeitig für die Ursachen der Säurefestigkeit ein festerer Boden gewonnen.

Die Wandung der Korkzelle ist säurefest im Sinne des Tuberkelbacillus. Schnitte durch unseren Flaschenkork — Fig. 3 zeigt einen solchen — lehren, dafs in der Tat die Zellmembran das Karbolfuchsin gegenüber Säure- und Alkoholeinwirkung zurückhält.

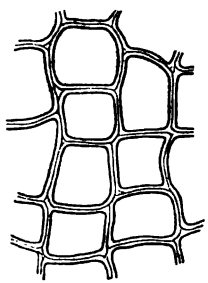


Fig. 3.
Korkzellen.

„Das Korkgewebe[10] besteht — ich halte mich genau an Wiesners Angaben — aus „in radialen Reihen angeordneten, tangential abgeplatteten Elementen. Ihre Membranen sind meist allseits gleichmäfsig dünnwandig, seltener nach aufsen (Zanthoxylon fraxineum) oder nach innen (Viburnum Opulus) stärker verdickt. Die Zellhaut erfuhr eine weitgehende chemische Metamorphose in Suberin (Korksubstanz), so dafs in ihr die Cellulose direkt nicht mehr nachweisbar ist. Mit dieser chemischen Metamorphose geht eine Änderung der physikalischen Eigenschaften der Membran Hand in Hand.[11] Die Membran büfst mit dem Fortschreiten der Verkorkung immer mehr an Durchlässigkeit für Flüssigkeiten ein, und wenn der Zellsaft aus den Peridermzellen entwichen ist, ist sie für Flüssigkeiten nahezu, in manchen Fällen (Korkzellen des Flaschenkorkes) gänzlich undurchlässig geworden. Gase läfst die trockene Korkzellhaut nur sehr langsam diffundieren. Gegen Gase, welche unter Druck stehen, verhält sie sich indes neueren Versuchen zufolge nicht anders, als jede andere Zellhaut: sie ist für unter Druck stehende Gase undurchlässig.[12] Die Korkzellen führen meist nur einen spärlichen körnigen Inhalt, manchmal (Flaschenkork) nadelförmige Krystalle eines fettartigen Körpers, braune, harzige Massen (Fichten- und Föhrenborke), oder sie sind, wie die Zellen des Birkenkorkes, völlig mit Betulinkörnchen erfüllt. Die Wand jeder Korkzelle setzt sich aus mehreren distinkten Lamellen zusammen, von welchen die äufserste (Mittellamelle) aus stark verholzter Cellulose, die darauffolgende (Suberinlamelle) aus Cellulose und Suberin, und die innerste (Celluloselamelle) entweder aus reiner oder verholzter Cellulose besteht. Die Suberinlamelle bildet den für die Korkzelle charakteristischen Bestandteil."

Mit dem Suberin hatte sich vor allen Kügler genau befafst. „Es ist ein Fett im exakten chemischen Sinne des Wortes. Durch Kalilauge wird es verseift, durch

[10] Herr Prof. Zacharias stellte mir mit gewohnter Liebenswürdigkeit die Literatur über das Korkgewebe zur Verfügung.

[11] Im Text nicht gesperrt gedruckt.

[12] Selbstverständlich abgesehen von der auf den Druckunterschied bedingten Diffusion.

Oxydation mit Salpetersäure liefert es die in Wasser lösliche Korksäure, welche bei der mikrochemischen Reaktion nicht zur Anschauung gelangt, und die wachsartige Cerinsäure. „Das Suberin besteht nach Küglers Untersuchungen wahrscheinlich aus dem gemischten Glycerinäther der Phellon- und Stearinsäure. Über die Oxydationsprodukte, welche aufser der Korksäure durch Behandlung mit Salpetersäure aus Kork zu erhalten sind, sowie über weitere Substanzen, welche in der Korkzelle enthalten sind, will ich hier keine weiteren Mitteilungen geben. Von besonderem Interesse sind aber die folgenden Sätze Küglers: (Die Arbeit entstammt dem Jahre 1884.) „Von gröfster Merkwürdigkeit erscheint die Unmöglichkeit einer vollkommenen Extraktion des in der Korkwandung enthaltenen Korkfettes (Suberin) durch einfache Lösungsmittel, da ja diese Substanz im isolierten Zustand leicht löslich ist; es ergibt sich diese Erklärung aber, wenn wir annehmen, dafs in der Suberinlamelle die Moleküle des Korkfettes zwischen den Cellulosemolekülen eingeschlossen liegen und dafs letztere dem Eindringen der Lösungsmittel einen energischen Widerstand entgegensetzt. Ebenso wie z. B. bei bestimmten Legierungen von Gold und Silber unmöglich ist, dieses vollständig durch Salpetersäure zu extrahieren, da die sich nach der oberflächlichen Auflösung des Silbers bildende Goldschicht das weitere Eindringen des Lösungsmittels verhindert. Durch alkoholische Kalilauge scheint dagegen ein Eindringen der Cellulose möglich zu werden, da dieses Reagens jedenfalls in geringer Weise verändernd auf die Cellulose einwirkt."

Aus den vorhin citierten Angaben Wiesners über das Korkgewebe geht schon hervor, dafs die Auffassung der feineren Zusammensetzung der Suberinlamelle eine andere geworden ist. — Des weiteren sind es, soweit ich der einschlägigen Literatur zu folgen vermochte,[18] die Arbeiten von van Vieselingh gewesen, in welchen nachgewiesen wurde, dafs das Suberin in den verkorkten Wandlamellen und das Cutin in der Cuticula und den Cuticularlamellen nahe verwandte, doch nicht völlig übereinstimmende Substanzen sind. Unter Berücksichtigung der Arbeiten von van Vieselingh fafst sich Strasburger dahin:

„Während in den verkorkten Membranlamellen die Cellulose fehlt, beruht die Cutinisierung auf einer nachträglichen Einlagerung von Cutin in cellulosehaltige Membranen.

Das Cutin der Cuticula und der cutinisierten Verdickungsschichten ist dem Suberin nahe verwandt, aber mit demselben nicht identisch. So fehlt vor allem im Cutin die Phellonsäure, die im Suberin stets vorhanden ist, und ist überhaupt die Identität keiner der aus dem Suberin und dem Cutin isolierten Säuren erwiesen. Das Cutin widersteht im allgemeinen stärker der Kalilauge als das Suberin. Nach dem Erhitzen bis auf 300° in Glycerin hinterläfst die verkorkte Lamelle im allgemeinen ein in Chromsäure sehr leicht lösliches Zersetzungsprodukt, während das Cutin ein solches nicht liefert.

Die verkorkten Lamellen der Zellwand sowohl als auch die Cuticula werden zersetzt, wenn man sie in konzentrierter Kalilauge erwärmt. Es bilden sich dabei Kügelchen und körnige Massen von gelber Farbe. Erhitzt man sie in chlorsaurem Kalium

---

[18] Es sei hier auch noch Zimmermann citiert: Eine Untersuchung über mikrochemische Reaktionen von Kork und Cuticula. (1892. *Ztsch. f. wissensch. Mikrosk. etc.*) Osmiumsäure, Alkannin und Cyanin färben die verkorkten Membranen intensiv. Fettartige Verbindungen werden dadurch schon wahrscheinlich gemacht. Eine Vorbehandlung des Materials mit Eau de Javelle empfiehlt sich, um die Unterscheidung von Gerbstoffen und fettartigen Verbindungen zu ermöglichen.

und Salpetersäure, so geben verkorkte Lamellen und Cuticula die Cerinsäure-Reaktion; sie verwandeln sich in Kügelchen, die bei 30—40° schmelzen und die in kochendem Alkohol, Äther, Benzol, Chloroform oder verdünnter Kalilauge löslich sind. Bei gewöhnlicher Temperatur widerstehen verkorkte Wände und Cuticula energisch der Einwirkung der konzentrierten Chromsäure. Auch konzentrierte Schwefelsäure bleibt ohne sichtbare Wirkung. Chlorzinkjod wie Jodjodkalium färben sie gelb oder braun u. s. f."

Als ein für uns sehr wesentliches Ergebnis stelle ich hierher, dafs es sich bei dem Suberin um ein festes Fett handelt, den gemischten Glycerinäther der Phellon- und Stearinsäure, und dafs der säurefesten Korkmembran eine Metamorphose der Cellulose in dieses Fett zu Grunde liegt. — Von besonderem Interesse dünkt es mich jetzt, die neuere Literatur über die Ursachen der Säurefestigkeit des Tuberkelbacillus hier kurz aufzuführen.

Unna hatte bereits in seiner Histopathologie der Hautkrankheiten vom Jahre 1894 über den konstanten Fettgehalt der Leprabacillen und des Leprabacillenschleims berichtet. Zu diesem Ergebnis war er durch die Schwärzung der Bacillen unter einer Osmiumbehandlung der Leprahaut gekommen. Osmiumreaktion genügt für den Nachweis des Fettes überall da, wo nicht gleichzeitig melanotisches Pigment in Frage kommt. Barlon und Ledermann haben gezeigt, dafs melanotisches Pigment bei Gegenwart von Chromsäure, also z. B. mittels Flemmings Lösung, nicht osmierbar ist. Die Schwärzung der Bacillen in Flemmings Lösung entsprach einer entsprechenden Färbung durch die Fettfarbe, einer Blaufärbung durch Cyanin, einer Rotfärbung durch Alkannin. Es lag Unna nahe, nach einer gleichen Reaktion bei den Tuberkelbacillen zu fahnden. Was die Lepraschnitte mit den Tausenden von Bacillen darstellen, bedeutet bei dem Tuberkelbacillus die Kultur. Mit Flemmings Lösung begossene Tuberkelbacilluskulturen zeigen auf dem hellen Glycerinagarnährboden einen tiefschwarzen Belag. Unna hat in seinem bedeutsamen Vortrag über den Fettgehalt der Lepra- und Tuberkelbacillen (*Deutsche Medicinal-Zeitung*, 1897) seine Ergebnisse zusammen behandelt. Mit kaltem Alkoholäther behandelte Kulturen zeigen unter der Osmiumsäureeinwirkung keine weniger tiefe Schwärzung; anders aber, wenn die Kulturen vor der Osmierung in Alkoholäther gekocht wurden. Die Osmierung ergibt dann nur eine bräunlich-gelbe Farbe, welche ohne weiteres nicht entscheiden läfst, ob sie auf einen nicht extrahierten geringen Rest von Fett oder auf eine Verbindung der Osmiumsäure mit dem entfetteten Bacillenprotoplasma zurückzuführen ist.

Auf den Fettgehalt der Lepra- und Tuberkelbacillen führte Unna in eindringlicher Beweiserhebung ihre Säurefestigkeit und andere spezifische tinktorielle Eigentümlichkeiten zurück. Ehrlich hatte diese ursprünglich auf einen physikalischen Unterschied der Lepra- und Tuberkelbacillen im Gegensatz zu anderen Bacillen zurückgeführt, auf die Existenz einer

spezifischen Hülle. Auf Grund der Einwendungen von ZIEHL und SPINA — Salpetersäure färbe den Inhalt der Bacillen gelb — hatte EHRLICH die Theorie dann dahin geändert, dafs die Säurefestigkeit der Hülle keine absolute, sondern eine mit dem Alter der Bacillen wechselnde sei, dafs ferner starke Mineralsäuren nur relativ langsam die Hülle durchdringen und dieselbe dabei für komplexere Moleküle, wie die Verbindungen von Farben und Beize, undurchgängig machten. GOTTSTEIN und UNNA hatten sich gegen diese Theorie gewandt. Nach UNNA erklärte die Hüllentheorie nicht die bei der Färbung und Entfärbung von allen Forschern konstatierten Tatsachen und erschien ihm unnötig für jeden, welcher wie EHRLICH auf dem Boden der chemischen Theorie der Färbung stände.

„Aber wenn die Säurefestigkeit der Bacillen qualitativ auch durch die chemische Natur der Bacillensubstanz, und zwar eine starke Basophilie der Bacillenleiber zu erklären ist, so blieben doch beim Versagen von EHRLICHS Hüllentheorie immer noch eine Reihe von Nebenumständen unerklärt, welche quantitativ auf den Verlauf und Ausfall der Färbung von allgemein anerkannter Bedeutung sind."

KOCH und EHRLICH hatten die Tatsache gefunden, dafs eine gleichzeitige Einwirkung von Alkalien die Färbung der Tuberkel- und Leprabacillen erleichtert. Der Fettgehalt der Bacillen erklärte jetzt solches, indem nach UNNA die Benetzbarkeit der mit Fettmolekülen gemischten Eiweifsmoleküle der Bacillen durch die gleichzeitige Einwirkung von Alkalien erleichtert würde. Im weiteren citiere ich UNNA wörtlich:

„Es ist einleuchtend, dafs das von EHRLICH vorgeschlagene Anilin, das Toluidin B. FRAENKELS, das Terpentinöl PRIORS, das Tymol BRIEGERS und das Phenol ZIEHLS, dafs endlich die von EHRLICH empfohlenen Aldehyde (Benzaldehyd, Salicylaldehyd und Vanillin) zunächst schon durch ihre Eigenschaft, sich sowohl mit fetten, wie mit wässerigen Flüssigkeiten zu mischen, sehr wohl die Beschaffenheit des basophilen Eiweifses in Gegenwart des Bacillenfettes zu erhöhen im stande sind. Als EHRLICH seine ursprüngliche Hypothese, dafs die basische Eigenschaft des Anilins die Färbung der Bacillen befördere, aufgab und sich nach einer neuen, gleichmäfsig für die drei Gruppen der Basen, Phenole und Aldehyde passenden Erklärung umsah, fand er eine solche in der allen bezüglichen Körpern zukommenden Eigenschaft, mit in Wasser gelösten Farbsalzen in Wasser unlösliche, ölig sich abscheidende Verbindungen einzugehen, die sich als solche mit dem Gewebe vereinigen. Man sieht, dafs dieses unangefochtene Resultat von EHRLICHS Studien ebenfalls jetzt erst durch den Fettgehalt der Bacillen den Wert einer Erklärung für die durch jene Körper erzielte Verbesserung der Tinktion erhält. Wir können mithin sagen, dafs die für die Färbung der Tuberkel- und Leprabacillen notwendigen Zusätze zu den Flüssigkeiten (sog. Beizen) entweder nur die Benetzbarkeit des basophilen Eiweifses im allgemeinen erhöhen, oder färbende Verbindungen mit den Farbstoffen eingehen, die selbst einen fettähnlichen Charakter haben und daher das mit Fett durchsetzte Eiweifs besser zu färben im stande sind.

Aufser den genannten Zusätzen zu den Lösungsmitteln der Farben ist die Erhitzung der Farbstoffe als ein ausgezeichnetes Mittel anerkannt, die Tinktion zu beschleunigen und zu verbessern. Dieses gilt für die meisten Färbungen überhaupt. Aber für die Tuberkelbacillen fand EHRLICH geradezu, dafs in kalten Farbflüssigkeiten

gar nicht alle Bacillen gefärbt werden, und daſs man, um sicher zu gehen, stets die Färbung in der Wärme vornehmen müsse. Es erscheint nun sehr plausibel, daſs die durch kalten Alkohol nicht extrahierbaren Fette zu den bei Zimmertemperatur festen, nichtöligen gehören und daſs eine Erwärmung derselben die Benetzbarkeit des basophilen Eiweiſses wesentlich erhöht. Ein Analogon der Osmiumsäure gegenüber, die sich kalt nur sehr langsam, durch Hitze verflüssigt, dagegen fast augenblicklich schwärzen. (Unna, Die Funktion der Knäueldrüsen des Menschen. *Deutsche Med.-Ztg.* 1895, und Arbeiten aus Dr. Unnas Laboratorium. Grosser, 1896.)

Aber nicht nur die Tinktion befördernden Mittel erscheinen in einem klaren Licht, seitdem wir den Fettgehalt der Bacillen kennen, auch das Verständnis der Entfärbungsprozeduren wird dadurch erheblich gefördert. Ehrlich erklärte, wie oben bereits erwähnt, früher die auffallende Säurefestigkeit der gefärbten Bacillen durch eine hypothetische Säureundurchdringlichkeit der Bacillenhülle, später durch einen derartigen Einfluſs starker Säure auf die Bacillenhülle, daſs während desselben die eingedrungene Farbenverbindung (Farbe und Beize) nicht wieder nach auſsen zurückdiffundieren könne, eine Theorie, welche zwei ad hoc geschaffene Hypothesen notwendig macht. Der Fettgehalt der Bacillen erklärt die Säurefestigkeit dagegen sehr einfach. Die Mineralsäuren scheiden die Fettsäuren aus ihren Verbindungen aus, präzipitieren sie aus ihren Emulsionen und heben die Benetzungsfähigkeit derselben, welche durch Alkalien, Phenole und andere Körper erhöht wird, vollkommen auf. Es ist daher wohl zu verstehen, daſs das gefärbte Eiweiſs plötzlich gegenüber farblösenden Mitteln einen hohen Schutz erfährt, wenn das zugemischte Fett dem gerinnungserzeugenden Einfluſs gerade der starken Mineralsäuren ausgesetzt ist. Wird endlich nach langer Behandlung mit diesen Säuren dennoch das Eiweiſs gefärbt, so geschieht es nur nach Überwindung dieses selbst geschaffenen Hindernisses. — Wenn aber diese Säuren durch ihren Einfluſs auf das Fett der Bacillen die Entfärbung letzterer verhindern, so ist es nur eine logische Konsequenz, anzunehmen, daſs sie durch dieselbe Eigenschaft auch die Färbungsmöglichkeit aufheben müssen.

Und in der Tat ist ja bekannt, daſs ein Zusatz von Mineralsäuren zu den einfachen Lösungen basischer Farbstoffe dieselben zur Färbung der Lepra- und Tuberkelbacillen absolut untauglich macht.

Endlich erklärt sich noch ein bisher ganz unverstandener Punkt in der Tinktionstechnik dieser Bacillen, nämlich die auffallende Langsamkeit der Färbung der Bacillen in Schnitten, selbst bei Anwendung unserer besten Färbungsmittel. Während Schnitte mit Staphylokokken, Erysipelkokken, Streptobacillen des weichen Schankers u. a. m. nur wenige Minuten in der Farblösung zu verweilen brauchen, muſs man Schnitte lepröser Haut eine ganze Nacht in Karbolfuchsin liegen lassen, wenn man sicher sein will, daſs alle Bacillen ausreichend gefärbt sind. Hierfür gab es bisher weder eine Erklärung, noch den Versuch einer solchen; so viel ich weiſs, wurde auch die physikalische Hüllentheorie von Ehrlich zur Erklärung dieses Phänomens nicht herangezogen. Daſs eine Mischung des basophilen Eiweiſses mit Fett die Färbung des ersteren mit wässerigen Lösungen verlangsamen muſs, ist aber selbstverständlich; es ist geradezu ein Postulat für feste Fette enthaltende Bacillen: Immerhin ist diese Differenz in der Schnelligkeit der Farbenaufnahme zwischen den Tuberkelbacillen und anderen Bacillen nicht so bedeutend, daſs sie bei der Färbung von Reinkulturen deutlich hervortritt. Nur wo die Bacillen in Schnitten von den viel leichter tingiblen Gewebssubstanzen umgeben sind, welche die Farbe zunächst für sich in Anspruch nehmen, zeigt sich die relative Langsamkeit der Färbung der „Tuberkelbacillen und Leprabacillen in evidenter Weise".

Unna glaubte durch ein einfaches Experiment den Zusammenhang zwischen

Fettgehalt und Säurefestigkeit erhärten zu können. Agarstäbchen mit und ohne Zusatz von Fett (Kokosöl, Kakaobutter, Adeps lanae) wurden eine Nacht in Karbolfuchsin gelegt. Die fetthaltigen Agarstäbchen erwiesen sich als säurefest, während die fettfreien Stäbchen schon nach wenigen Minuten unter der Säure sich entfärbten.

Unna hatte seine Untersuchungen über den Fettgehalt der Lepra- und Tuberkelbacillen zu dem vorhin skizzierten Abschluſs gebracht, als er mit den Arbeiten von Hammerschlag, E. A. de Schweinitz und Marion Dorset, Klebs bekannt wurde, welche makrochemisch einen Fettgehalt der Tuberkelbacillen festgestellt und genauer analysiert hatten.

de Schweinitz und Marion Dorset fanden einen Fettgehalt von 37% des Trockengewichtes. Ihre genauere qualitativ-quantitative Analyse bezieht sich auf einen Fettextrakt von 3,5 g. In diesem bestand nur der 70. Teil (0,05 g) aus flüchtigen Fettsäuren, deren Natur nicht näher zu bestimmen war, welche aber wahrscheinlich den spezifischen Geruch der Kulturen verursachen.

Die Hauptmasse der nicht flüchtigen Fettsäuren bestand aus Palmitinsäure (Schmelzpunkt 62° C.); der Rest erwies sich zu einem sehr kleinen Teil als Laurinsäure (42—43° C.) und zu einem gröſseren als eine ungewöhnlich hoch (120° C.) schmelzende Fettsäure, in welcher die Autoren Arachinsäure vermuten. Erstere ist in kaltem, letztere in heiſsem Alkohol von 85% löslich.

E. Klebs: „Die Tuberkelbacillen enthalten eine groſse Menge fettiger Substanzen, eine Tatsache, welche zuerst von Hammerschlag und Nenki kurz angegeben, dann von Dr. v. Schweinitz-Washington, D. C., durch eingehende Untersuchung bestätigt wurde. Der letztere machte zuerst quantitative Bestimmungen. Er fand bei denselben ca. 25% Fett. Ich begann diese Untersuchungen, ohne die letztere wertvolle Arbeit zu kennen. Meine Versuche ergaben nicht mehr als 22% Fett, aber diese Verschiedenheit ist nur eine scheinbare, welche von dem Grade der Trocknung abhängt.

Das reine ätherische Extrakt ergibt ein festes, rotgefärbtes Fett, welches, bei 43° C. schmelzend, 20,5% der Gesamtmasse der Tuberkelbacillen betrug. Aufserdem aber enthalten die Tuberkelbacillen ein weiſses, festes Fett, welches in Äther unlöslich ist, dagegen durch Benzol extrahiert werden kann. Sein Schmelzpunkt dürfte nach vorläufiger Untersuchung über 50° C. liegen. Die Menge dieses Benzolfettes betrug 1,14%.

Eine zweite Tatsache, welche dieses Tuberkelfett betrifft, bezieht sich auf die Färbeverhältnisse. Es läſst sich leicht zeigen, daſs die spezifische Färbung der Tuberkelbacillen in Karbolfuchsin und die Säurefestigkeit dieser Färbung dem Fett allein zukommen. Das extrahierte Fett gibt diese Reaktion genau wie die ganzen Tuberkelbacillen und die vom Fett befreiten Tuberkelbacillen entbehren dieses Färbevermögens. Die so-

genannten degenerierten Formen, welche nur noch Körner des schwer löslichen Fettes enthalten, sind daher besser als atrophische Tuberkelbacillen zu bezeichnen."

Die von HAMMERSCHLAG aus den Kulturen isolierte Fettsäuremenge schmolz bei 63°, bestand mithin vorwiegend aus Tripalmitin und Tristearin und enthielt nur wenig oder gar kein Triolein. Cholestearin wurde nicht nachgewiesen.

ROBERT KOCHS wichtiger Aufsatz entstammt dem Jahre 1897. Bei Versuchen, den Tuberkelbacillus durch Mineralsäuren und starke Alkalien in einen gelösten Zustand überzuführen, hatte KOCH gefunden, dafs die Tuberkelbacillen zwei eigentümliche chemische Körper enthalten, welche beide zu den ungesättigten Fettsäuren gehören. Die eine Fettsäure ist in verdünntem Alkohol löslich und wird durch kalte Natronlauge leicht verseift, die andere löst sich in siedendem absoluten Alkohol und Äther und ist schwer verseifbar. Letztere fixiert nach KOCH den Farbstoff und ist somit der Träger der eigentlichen Tuberkelbacillenfärbung.

Durch heifse Natronlauge kann man die Fettsäure langsam aus den Tuberkelbacillen austreiben, und mit Hilfe des Mikroskops vermochte KOCH den Vorgang der Abscheidung zu verfolgen, wie die Fettsäure langsam aus den Tuberkelbacillen in Form von färbbaren Tröpfchen austrat. Die Fettsäuren bilden eine zusammenhängende Schicht im Körper desselben, sie schützen ihn und bedingen, dafs er so schwer resorbierbar ist.[14] KOCH sucht so von neuem die alte Hüllentheorie zu stützen.

Eine weitere wertvolle Studie in dieser Richtung stammt von HANS ARONSON. Seine an Massenkulturen angestellten Untersuchungen führten zu dem Ergebnis, dafs die bisher als Fett bezeichnete, mit Äther extrahierbare Substanz der Tuberkelbacillen ein echtes Wachs ist. — ARONSON gewann aus mehreren Hundert Liter Tuberkelbacillenkulturen ca. 70 g

---

[14] Vergl. hierzu die weit zurückliegenden Arbeiten von BIENSTOCK und GOTTSTEIN. BIENSTOCK vermochte durch Züchtung auf fetthaltigen Nährböden fettfreie, nicht säurefeste Bakterien säurefest zu machen. Doch verlangte die Säurefestigkeit, dafs die Bakterien mit der „Butterinsel" auf das Deckglas gebracht waren. BIENSTOCK meinte, dafs der „Fettmantel" der Bakterien die Säurefestigkeit bedinge und dafs die Säurefestigkeit der Tuberkelbacillen auch auf accidentellem Fett beruhe (Cavernenінhalt). (Vergl. hierzu UNNAS Bemerkungen a. a. O.) Nach GOTTSTEIN, der in der Hüllentheorie einen vermittelnden Standpunkt einnahm, war für bestimmte, amorphe, säurefeste Substanzen, wie Lanolin, Fettsäurekrystalle, Cholestearin, Mastzellenkörner, die Hüllentheorie nicht blofs unnötig, sondern sicher durch die einfache Verwandtschaft derselben zu den Farbstoffen zu ersetzen. Dagegen schien ihm für gewisse Schimmelpilzsporen, Monosporen, die Hüllentheorie möglich, für die Smegmabacillen und die auf Fett gezüchteten Bakterien aber bereits erwiesen zu sein. (Vergl. UNNA, Entwicklung der Bakterienfärbung, 1888.) UNNA hielt dem entgegen, dafs diese Fetthülle, weit entfernt für EHRLICHS Hüllentheorie eine Stütze abzugeben, nicht anders zu betrachten sei, als wie jene amorphen Fettkörper der ersten Gruppe, mit dem einzigen Unterschiede, dafs das Fett hier in Form einer Hülle ausgebreitet ist. Denn sie wird ja als solche, nicht durch Vermittelung einer durch die Säure veränderten Hülle, gefärbt.

einer durch Alkoholäther (erst kalt, dann warm) extrahierbaren Substanz, welche 17% freie Fettsäuren enthält, die zum gröfsten Teil in Alkohol löslich sind. Der übrige Teil erwies sich als ein Wachs. Beim Kochen mit alkoholischer Kalilauge ergab diese Substanz einen sehr beträchtlichen unverseifbaren Anteil, der in Äther, Petroläther, Aceton löslich ist; ferner löste er sich beim Kochen mit Essigsäureanhydrid unter Bildung eines Acetons und wurde so als Alkohol charakterisiert. Dasselbe Wachs fand ARONSON in den Tuberkelbacillen, welche auf dem einfachen, agarfreien Nährboden von BECK und PROSKAUER gezüchtet waren. Aus Diphtheriekulturen gewann ARONSON 5% Fett, welches aber im Gegensatz zu dem Tuberkelwachs leicht entfärbbar war. Die Hauptmenge des Tuberkelwachses liegt nach dem Autor in den Reinkulturen zwischen den Bacillen. ARONSON spricht von einem Sekretionsprodukt der Bacillen. Selbst durch mehrfache Extraktion mit heifsem Alkoholäther vermochte ARONSON nicht der Mehrzahl der Bacillen die Säurefestigkeit zu nehmen. Das nötigt ARONSON, eine Bakterienhülle anzunehmen, während die mangelnde Entfärbung durch Salpetersäure zu einer solchen Annahme nicht zwingt. Geringe Mengen Salzsäure, zum heifsen Alkoholäthergemisch hinzugesetzt, nehmen den Bacillen sofort die Säurefestigkeit.

Kurz zusammengefafst haben wir als Tatsachen vor uns: Tuberkelbacillen, Lycopodiumsporen, Korkzellen sind säurefest und fetthaltig. Über den Fettgehalt liegen an Untersuchungen vor:

Für die Lycopodiumspore.

LANGER: Etwa 50% grüngelbes Öl, welches aus etwa 80% flüssiger Ölsäure, daneben Glycerin und festen Säuren besteht. In der festen, fetten Säure ist Myristinsäure enthalten. Myristinsäure: Schmelzpunkt 54°.

Für die Korkzelle.

KÜGLER: Das in der Suberinlamelle befindliche Suberin ist der gemischte Glycerinäther der Phellon- und Stearinsäure. Phellonsäure: Schmelzpunkt 96°. Stearinsäure: Schmelzpunkt 69°. Das Suberin ist ein Umwandlungsprodukt der Cellulose. (Vergl. weiter WIESNER, STRASSBURGER u. a.)

Für den Tuberkelbacillus.

ARONSON: 17% der durch Alkoholäther extrahierbaren Substanz sind freie Fettsäuren, welche in Alkohol löslich sind. Der übrige Teil erweist sich als ein echtes Wachs. Die Bacillen sind von einer widerstandsfähigen Hülle umgeben.

HAMMERSCHLAG: Isolierte Fettsäuremenge schmilzt bei 63°. Besteht aus Tripalmitin und Tristearin. Nur wenig oder gar kein Triolein.

KLEBS: Der reine ätherische Extrakt ergibt ein festes, rotgefärbtes Fett, welches, bei 42° schmelzend, 20,5% der Gesamtmasse der Tuberkelbacillen beträgt. Aufserdem ein weifses, festes Fett, welches in Äther un-

löslich, durch Benzol extrahierbar ist. Dieses an Menge 1,14% betragende Benzolfett schmilzt bei über 50°.

Robert Koch: Die Tuberkelbacillen enthalten zwei ungesättigte Fettsäuren, von welchen die eine leicht verseifbar, in kaltem Alkohol löslich ist. Die andere löst sich in siedendem absoluten Alkohol und ist schwer verseifbar. Die Fettsäuren bilden eine zusammenhängende Schicht im Körper des Bacillus.

de Schweinitz und Marion Dorset: Ein Fettgehalt von 37% des Trockengewichtes. Ein Fettextrakt von 3,5 g besteht zum 70. Teil aus flüchtigen Fettsäuren, die Hauptmasse der nicht flüchtigen Fettsäuren besteht aus Palmitin, Schmelzpunkt 62°, der Rest erweist sich zum kleineren Teil als Laurinsäure, Schmelzpunkt 42—43°, zum gröfseren Teil als eine ungewöhnlich hoch schmelzende Fettsäure, 102° (Arachinsäure?).

Unna: Die Tuberkelbacillen enthalten auf Grund ihrer Osmierbarkeit ein in kaltem Alkohol und ein nur in heifsem Alkohol lösliches Fett. Eiweifskörper und Fett sind innig mit einander verwandt.

Die drei säurefesten Körper der Lycopodiumspore, der Korkzelle, des Tuberkelbacillus zeichnen sich durch einen hohen Fettgehalt und in diesem Fettgehalt durch die Gegenwart hoch schmelzender, fester Fette aus.[15] Dafs diese festen Fette wesentlich für die Säurefestigkeit sind, ist die Ansicht der Autoren (Koch, Klebs, Unna, Aronson). Die festen Fette bedingen aber nicht als solche die färberische Eigenschaft. Ein einfacher Versuch lehrt solches. Chemisch reines, von Grübler-Leipzig bezogenes Palmitin und Stearin sind nicht säurefest. Über einen naheliegenden, anspruchslosen Versuch berichtete ich auch schon 1898 in einem Aufsatz über einen neuen fetthaltigen Strahlenpilz in einem amerikanischen Fall von Myectoma pedis (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 2 u. 3). Mit diesen Fetten gemischtes Eiweifs auf Säurefestigkeit zu prüfen, ist nicht ohne weiteres möglich, weil bei dem Schmelzpunkt der Fette das Eiweifs koaguliert. Man mufs die geschmolzenen Fette mit heifsem Wasser und Gummi zu einer Emulsion bringen, mit welcher sich dann das flüssige Eiweifs mühelos mischt. Eine solche Mischung ist aber auch nicht säurefest. Ich sagte damals: Wenn aus solch einem rohen Versuch etwas geschlossen werden darf, so möchte ich ihn höchstens dafür in Anspruch nehmen, dafs in den Pilzen Fett und Eiweifs in komplizierterer Verbindung enthalten sind.

---

[15] Wenn hier, wie auch weiterhin, von festen Fetten und nicht, wie es bei einer Bestätigung der Aronsonschen Ergebnisse heifsen müfste, von festen Fetten und Wachs bezw. Wachsarten die Rede ist, so geschieht solches nur der Einfachheit des Ausdrucks halber. Die festen Fette und die Wachsarten stehen im Gegensatz zu den flüssigen Fetten, auf welchen es uns allein ankommt. Die Wachsarten sind bekanntlich von den festen Fettsäuren dadurch unterschieden, dafs sie keine Glyceride, sondern die Palmitinsäure- bezw. andere Säureäther einbasischer Alkohole sind.

Uns wollte es damals nicht gelingen, den Tuberkelbacillen unter einer Behandlung mit heifsem Alkohol und Äther ihre Säurefestigkeit zu nehmen. KLEBS und ARONSON allerdings geben an, dafs dem Fett allein die spezifische Färbbarkeit zukommt, und dafs die vom Fett befreiten Tuberkelbacillen dieser Färbbarkeit entbehren. ARONSON allerdings mufste dem Ätheralkoholgemisch zu diesem Ende Säure zusetzen, welche die Fette direkt zersetzt. Auch KOCH sieht in der in siedendem Alkohol sich lösenden Fettsäure den Träger der spezifischen Färbung. Wenn demnach die Angaben von KLEBS, KOCH und ARONSON im Widerspruch zu stehen scheinen mit UNNAS und unserer Ansicht, dafs die festen Fette nicht die alleinigen Ursachen der Säurefestigkeit sind, so mag noch auf eines hingewiesen werden. 1. Es ist sehr wohl möglich, dafs nach einer völligen Entfernung der Fette die zurückbleibenden protoplasmatischen Substanzen — sollten sie wirklich nicht säurefest sein — eine spezifische Bedeutung für die Säurefestigkeit trotzdem besitzen, d. h. dafs nur sie mit den Fetten säurefeste Körper liefern. Es mufs erst bewiesen werden, dafs z. B. das Suberin, in einer anderen Zellwandung gelagert, mit dieser einen säurefesten Körper schaffe. Eine Forderung, die uns nicht so fern liegt, wo uns sich chemisch reines Stearin und Palmitin nicht säurefest erwiesen haben. 2. Es mufs noch bewiesen werden, dafs die in Äther, Alkohol und Benzol extrahierten Stoffe bis auf den letzten Rest verseifbar sind und so ihre Fett- bezw. Wachsnatur beweisen. Komplexe Fettkörper sind sicherlich im Spiel. Die von einander abweichenden Schmelzpunktangaben der Autoren sind aufgeführt. Die Abweichungen sind vielleicht auf Beimischungen bezw. Verunreinigungen zurückzuführen. Die Möglichkeit müfste ausgeschaltet werden, dafs in den durch Äther, Alkohol, Benzol aufgenommenen Massen nicht auch andere protoplasmatische, fettfreie enthalten sind.

Die unter 1. und 2. soeben gemachten Einwände drängen sich auf, wenn wir uns erinnern, dafs das in der Suberinlamelle der Korkzelle lagernde Suberin als ein Umwandlungsprodukt der Cellulose ganz allgemein angenommen wird. Ob auch die Grundlage der Cellulose wieder die protoplasmatische Substanz der Pflanzenzelle ist — sicherlich sind hier Fett und Cellulose in so inniger Verbindung, dafs eine Trennung beider und eine Reindarstellung des Suberins sehr erschwert ist. Wichtig wäre eine Prüfung möglichst reinen Suberins auf seine Säurefestigkeit. KÜGLER betont die Unmöglichkeit einer völligen Extraktion des Korkfettes durch einfache Lösungsmittel, weil die Moleküle dieses zwischen den Cellulosemolekülen zu fest eingeschlossen liegen. (ARONSON mufste zur Entfernung allen Wachses aus den Tuberkelbacillen eines Säurezusatzes sich bedienen.) — Ohne irgend welche Hypothese aufzustellen: für die Korkzelle ist eine überaus innige Verbindung von Cellulose und Fett festzuhalten.

Von der Korkzelle zu der Bakterienzelle ist kein weiter Weg. Unsere Kenntnisse über die Korkzelle machen es sehr wahrscheinlich, daſs die Fette des Tuberkelbacillus ein Umwandlungsprodukt des Bacillenleibes bedeuten. UNNAs Annahme einer innigen Verbindung von Fett und Eiweiſs im Bacillus hat daher viel für sich. Aber selbst wenn nur die peripherischen Schichten des Bacillus einer fettigen Metamorphose anheimfielen, wenn somit wirklich eine Art Fetthülle existierte, so wäre die Verbindung des Fettes mit den anderen Teilen des Bacillenleibes doch durch die Übergangsschichten eine überaus feste. Auf die innige Verbindung — ob chemischer, ob rein physikalischer Art — der festen Fette mit einer protoplasmatischen Grundsubstanz kommt es an. Die Substanz der Hornschicht der menschlichen Haut und des Haares sind auch fetthaltig und säurefest. Ohne auf die Theorien über die Verhornung hier eingehen zu wollen, die Chemie der Hornschicht wird uns meines Erachtens auch feste Fette in ihr offenbaren. Was hier die Hornmassen sind, sind bei den Hakenkränzen der Echinokokken, deren Fettgehalt und Säurefestigkeit ABEL nachgewiesen hat (*Münch. med. Woch.*, 1897), und bei der Echinococcusmembran, über deren entsprechende Eigenschaften ich in der Eingangs erwähnten Arbeit berichte, — das Chitin. Es interessiert hier, die im voranstehenden befindliche Notiz von WIESNER zu wiederholen, daſs in Pilzzellen neben Kohlehydraten ein bis dahin bloſs im Tierreich beobachteter, das Hautskelett der Insekten bildender Körper, das Chitin, auftritt.

Daſs die festen Fette aber im Gegensatz zu den nicht festen Fetten es sind, welche die Säurefestigkeit mitbedingen, geht für die Bakterien auch daraus hervor, daſs Bakterien genügend bekannt sind, in welchen ein Fettgehalt nachgewiesen ist, welche aber durchaus nicht säurefest im Sinne des Tuberkelbacillus sind. Soweit qualitativ chemische Untersuchungen vorliegen, ist es aber von Wichtigkeit, daſs wie z. B. von CRAMER (*Arch. f. Hygiene*, 1893) ein verhältnismäſsig niedriger Schmelzpunkt gefunden worden ist. „Vorwiegend dürfte es sich um Olein gehandelt haben.“ Eine gewisse Stütze erfährt die Bedeutung der festen Fette für das Zustandekommen der Säurefestigkeit durch die theoretisch gefundene Säurefestigkeit der Korkzelle. Der Fund stützte sich auf die Tatsache, daſs die Wandungen der Korkzelle ein talgartiges Fett einschlieſsen.

Die kleine Studie über die Beziehungen des Fettgehaltes zur Säurefestigkeit soll nicht geschlossen werden, ohne hier der Tatsache zu gedenken, daſs es niedere Pilze gibt, welche zeitweilig und unter besonderen Bedingungen fetthaltig werden. Herr Prof. ZACHARIAS machte mich auf die folgenden Angaben in ZOPFs Bearbeitung der Pilze in SCHENKs Handbuch der Botanik aufmerksam.

„An der Hand der bestimmten Fragestellung, aus welchen Stoffen die Pilze Fett zu bilden vermögen, hat Nägeli in einer ausgezeichneten Untersuchung, welche indessen auf niedere Pilze (Hefe, Schimmelpilze) sich beschränkte, folgende wichtige Resultate gewonnen.

Material zur Fettbildung können liefern:

I. stickstoffhaltige Verbindungen, sowohl Albuminate (speziell Pepton), als auch Asparagin, Laurin, Ammoniak- und salpetersaure Salze;

II. kohlenstoffhaltige Verbindungen, besonders Kohlenhydrate (Zucker), aber auch mehrwertige Alkohole (Manit, Glycerin) und Fettsäuren (Essigsäure, Weinsäure etc.).

Aller Wahrscheinlichkeit nach werden Untersuchungen über höhere fettbildende Pilze zu demselben Ergebnis führen. Nach meinen Beobachtungen an Arthobotrys oligospora kann auch tierisches Fett Material für die Fettbildung abgeben. Der genannte Schimmelpilz dringt nämlich ins Innere von Angnillulen ein, durchzieht dasselbe und bringt es zur fettigen Degeneration, wobei grofse Fettmassen gebildet werden. Dieses Fett zehrt der Pilz allmählich auf und verwendet es im Inhalt seiner Zellen, speziell der Dauersporen, zum Teil zur Bildung grofser Fettropfen. Über die Art und Weise, wie die chemische Umsetzung jener Materialien vor sich geht, fehlt jeder Anhalt. Nach Nägeli steht die Fettbildung in einer gewissen Beziehung zur Respiration. Sie findet nämlich, wie es scheint, nur bei Sauerstoffzufuhr statt, am reichlichsten, wenn die Pilzteile an der Oberfläche der Substrate wachsen, wo sie in unmittelbarem Kontakt mit der Luft stehen.

Nicht zu verwechseln mit der normalen Fettbildung ist die abnorme. Hier wird Fett ausschliefslich auf Kosten der Eiweifskörper des Zellinhaltes gebildet, wobei die Zellen allmählich absterben (fettige Degeneration, Involution). Sie scheint besonders an untergetauchten Mycelien unter sehr mangelhafter Ernährung vorzukommen, speziell beim Mangel an Nährsalzen. Aufserdem findet sie statt, wenn bei der Konkurrenz der Schimmelpilze mit Spaltpilzen letztere die Oberhand gewinnen und jenen die Nährmaterialien hinwegnehmen. In einem Versuche Nägelis und Löws betrug die Fettmasse des normalen Penicillum-Mycels 18,50 %, die des fettig degenerierten 50,54 %, also nahezu das Dreifache.“ [16]

Der Botaniker wird mühelos noch viele säurefeste Körper finden können. Färbungen liegen dem Botaniker weniger nahe als dem Bakteriologen und dem Anatomen. Hätte der Botaniker sich mit dem Problem der Säurefestigkeit befafst, so wären ihm die Beziehungen zwischen Säurefestigkeit und Fettgehalt bei den vielen abgeschlossen vorliegenden chemischen Untersuchungen über die Pflanzenzelle längst klar geworden. Welch ein mühevoller Umweg wäre dem Bakteriologen erspart geblieben, wenn die Spezialisierung der Wissenschaft ihm die Botanik nicht so sehr entrückt hätte.

---

[16] In meiner Arbeit über einen fetthaltigen neuen Strahlenpilz (*Münch. med. Woch.*, 1898) citierte ich diese Sätze bereits. Ich erwähnte da auch die Arbeiten des belgischen Botanikers Errera, auf welche mich Herr Prof. Bayet in Brüssel hinlenkte: Sur le glycogène chez les basi diomycètes und l'épiplasma des ascomycètes et le glycogène des vegetaux. In diesen Arbeiten finden sich Angaben über den Fettgehalt der Sporen von Champignons und über die Entwicklung des Fettes aus Glycogen; Angaben, die mit Rücksicht auf die spezifische Färbbarkeit vieler Sporen von Interesse sind.

Soweit das Manuskript zu meinem Vortrag in der biologischen Sektion des hamburgischen ärztlichen Vereins am 17. April 1900. Das Referat findet sich am Eingang dieser Studie. Aus der Literatur, welche seitdem über das gleiche Thema sich entwickelt hat, will ich hier nur HELBINGs kurzen Vortrag im Verein für innere Medizin zu Berlin am 21. Mai 1900: „Ein neuer Erklärungsversuch für die spezifische Färbbarkeit der Tuberkelbacillen" hervorheben. Nur wenige Wochen liegen unsere Mitteilungen auseinander. HELBING sieht in dem Chitin auch für die Tuberkelbacillen den Träger der Säurefestigkeit. Der Fettgehalt kommt nach ihm nicht in Betracht. Für die Tuberkelbacillen sieht er den Chitinnachweis im Bacillenleibe erbracht durch die Untersuchungen von RUPPEL in Marburg. In meiner eingangs vorliegender Studie erwähnten, in der *Deutschen Zeitschrift für Chirurgie* erscheinenden Echinococcusarbeit nehme ich gegen HELBING Stellung. Abgesehen von einer mifsverständlichen Benutzung der RUPPELschen Schlufsfolgerungen ist tatsächlich chemisch reines von Crustaceenschalen gewonnenes Chitin nicht säurefest. Darum bleibt die von HELBING mitgeteilte Säurefestigkeit der Schalen von Tänieneiern als Tatsache interessant genug. Nach ABELS Untersuchungen über Fettgehalt und Säurefestigkeit der Hakenkränze der Scolices dürften auch die Tänieneier fetthaltig sein. Da, wie ich annahm, HELBINGs Mitteilung unwidersprochen geblieben war, entschlofs ich mich, auch die vorliegende Arbeit ausführlich drucken zu lassen. Der Druck war beschlossen, als ich von ARONSONS Erwiderung auf HELBINGs Aufsatz erfuhr. Die Erwiderung war mir entgangen, weil ARONSONS ausführliche Publikation noch nicht erschienen ist.

Wie mir ARONSON auf meine Anfrage freundlichst mitteilt, hatte er am 2. Juni 1902 im Berliner Verein für innere Medizin die HELBINGsche Annahme als falsch in einem Vortrag erwiesen. In diesem Vortrag hatte ARONSON unter anderem berichtet: 1. dafs Tuberkelbacillen überhaupt kein Chitin enthalten, 2. dafs reines Chitin nicht die spezifischen Färbungseigentümlichkeiten der Tuberkelbacillen zeigt, 3. dafs vielmehr das von ihm in der referierten Arbeit als Wachs charakterisierte Tuberkelbacillenfett und zwar der basische Anteil (ein höherer Alkohol durch Verseifung des Wachses erhalten) für sich allein schon die spezifische Färbung zeigt. ARONSONS unter 2. gemachte Angabe ist mir natürlich eine erfreuliche Bestätigung der eigenen Behauptung.

In dem *Centralbl. f. Bakt., Paras. u. Infektionskrankh.* vom 9. August 1900 — mein Vortrag war am 17. April 1900 gehalten worden — findet sich ein kurzer Aufsatz des englischen Bakteriologen E. KLEIN, betitelt: „Zur Kenntnis des Bacillus tuberculosis und pseudotuberculosis in der Milch, sowie der Biologie des Bacillus tuberculosis." Der in Anbetracht

der Kürze nicht sehr verständliche Aufsatz läfst den Autor mitteilen, dafs seine Beobachtungen an Serumkulturen der Tuberkelbacillen ihm den säurefesten Charakter der Tuberkelbacillen während ihrer jungen Entwicklungsphasen, sowie die Gegenwart einer Fetthülle sehr in Frage zu stellen scheinen. Von Glycerinagar auf Pferdeserum verimpfte Kulturen zeigen in einem sehr frühen Stadium neben säurefesten Stäbchen solche, die nicht säurefest sind. Der säureschwache Charakter ist aber auch unabhängig von der Virulenz. Die säureschwachen Bacillen sind aber nur während der jüngeren Entwicklungsstadien der Kulturen zu finden. Klein zieht den weiteren Schlufs, dafs der säurefeste Charakter nicht notwendig auf dem etwaigen Fettgehalt des Nährbodens beruht. „Vielmehr scheint die Annahme gerechtfertigt, dafs die säurefeste Natur der Tuberkelbacillen auf der Produktion chemischer Substanzen von Seite der Bacillenkörper, die denselben den spezifischen, säurefesten Charakter verleihen, beruht; diese fehlen den jungen Bacillen, deshalb sind sie säureschwach.“ Klein scheint in seinem Aufsatz noch von der Vorstellung auszugehen, dafs die „Fetthülle“ des Tuberkelbacillus von dem Nährboden geliefert wird. Mit seinem letzten Schlusse übrigens, dessen Voraussetzungen allerdings sehr einer Nachprüfung bedürftig erscheinen, stimme ich überein, nur mit dem Unterschied, dafs die produzierten chemischen Substanzen im Bacillenleibe Fette sind. Die Fette bilden sich beim Aufbau des Bacillenkörpers.

Die vorliegende Abhandlung war schon dem Druck übergeben, als mir die *Münch. med. Wochenschr.* vom 14. und 21. Juli d. J. (1903) zu Gesichte kam, in welcher eine interessante Arbeit von Roos und Hinsberg (aus dem mediz.-chem. Laboratorium und der mediz. Poliklinik zu Freiburg i. Br.) veröffentlicht ist: Eine therapeutisch wirksame Substanz der Hefe, Cerolin. Fettsubstanz der Hefe. Die Autoren gedenken der ebenfalls im vorstehenden citierten, schon 1878 angestellten Untersuchungen von Nägeli und Löw über den Fettgehalt der Hefezellen. Diese Untersuchungen waren mir schon vor einigen Jahren der Anlafs gewesen, Hefezellen auf Säurefestigkeit zu prüfen. Ich habe keine säurefesten Hefezellen gefunden, nur wiederholt in der gewöhnlichen Prefshefe, welche wir zum Vergären zuckerhaltigen Urins benutzen, säurefeste kleinste runde Stellen, säurefeste Punkte, über deren Bedeutung ich mir keine Klarheit verschaffen konnte. Im Protoplasma der Hefezellen kommen fettröpfchenartige, stark lichtbrechende Gebilde bekanntlich vor. In einem Falle von Blastomykose der Haut, dessen Veröffentlichung bald erfolgt, vermochte die Weigertsche Markscheidenfärbung die Hefezellverbände distinkt zu färben. Hierauf hat übrigens bereits Buschke in seiner grofsen Monographie „Die Blastomykose“ (*Bibliotheca medica*, Stuttgart 1902) die Aufmerksamkeit gelenkt.

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 26. März 1908.

Originalbericht von Ludwig Moberg-Stockholm.

1. Prof. Welander demonstriert einen Mann mit ausgebreitetem **Leukoderma syphiliticum**, das in Schweden sehr selten beobachtet wird. Das Leukoderma tritt nicht nur am Halse stark hervor, sondern ist auch im Gesicht deutlich markiert. Betreffs der Entstehung des Leukodermas sprach W. seine Ansicht dahin aus, dafs kein Zusammenhang zwischen dem Leukoderma und einem vorangegangenen syphilitischen Ausschlag, wie z. B. einem papulösen Syphilid, besteht. In einer grofsen Reihe von Fällen, wo gar kein Ausschlag am Halse aufgetreten war, hatte W. beobachtet, wie ein scharf hervortretendes Leukoderma sich entwickeln konnte auch in Fällen, wo die Hg-Behandlung so frühzeitig begonnen hatte, dafs nur die Sklerose, aber kein generalisierter Ausschlag vorgekommen war. In Fällen, wo W. papulöse Syphilide am Halse gesehen, traten, wie am übrigen Körper, bei der Involution der Papeln auch hier pigmentierte Flecke auf, welche lange bestehen konnten. In einigen dieser Fälle trat gar kein Leukoderma auf, in anderen Fällen dagegen entwickelte sich diese Affektion ganz unabhängig von den bestehenden Pigmentflecken. Einigemal waren zufälligerweise solche Pigmentflecke gerade an weifslichen, mehr pigmentfreien Stellen zu sehen, welche die von den papulösen Syphiliden herstammenden Pigmentflecke wie weifsliche Ringe umgeben hatten, während anderswo diese alten Pigmentflecke teils auf unpigmentierten, teils auf hyperpigmentierten Stellen des Halses lokalisiert waren.

Der vorgestellte Patient hatte ein papulöses Syphilid gehabt, und von diesem sind noch Pigmentflecke zu sehen, diese Papeln aber bildeten sich bei einem Rezidiv nach der Entstehung des Leukodermas. Zwei Pigmentflecke sind im Gesicht zu sehen. Zufälligerweise sitzt der eine gerade in der Mitte einer weifslichen Partie des Leukodermas, während der andere auf einer hyperpigmentierten Stelle zu sehen ist. Natürlich bestand kein Zusammenhang zwischen diesen Flecken und der Entwicklung des Leukodermas.

2. Welander stellt ein 14jähriges Mädchen mit **oberflächlichen, insonten Geschwüren der Genito-Analgegend** vor. Diese Geschwüre hatten sich schnell entwickelt und die Gröfse eines Talers erreicht. W. hat während der letzten Jahre mehrere ähnliche Fälle gesehen. Wahrscheinlich entstehen die Geschwüre aus Bläschen und vergröfsern sich nachher serpiginös. Gewöhnlich werden sie von Pfenniggröfse oder etwas gröfser. Die Geschwüre sind oberflächlich, doch immer mit deutlichem Substanzverluste. Die Geschwürsränder sind scharf, oft so scharf, als wären sie mit einem Messer ausgeschnitten, und lebhaft rot. Der Geschwürsgrund ist graurot, nicht induriert, die Sekretion ist muco-purulent. Die Leistendrüsen sind nicht geschwollen. Gewöhnlich sind mehrere Geschwüre vorhanden, oft symmetrisch auf den Flächen, die sich berühren (Labia minora). Die Affektion ist wahrscheinlich von bakteriellem Ursprung, doch ist es bisher nicht gelungen, die pathogenen Bakterien zu entdecken. Wenn die Geschwüre heilen, entstehen oberflächliche Narben mit scharfen Rändern. Die Geschwüre heilen schnell, nur durch Reinhalten. Die Heilung wird sehr beschleunigt durch Wärme (heifse Spülungen), am besten ist die von W. angegebene

Methode mit konstanter Wärme anzuwenden. Die Kenntnis dieser Affektion ist in sozialer Hinsicht nicht ohne Bedeutung, was schon daraus hervorgeht, dafs sämtliche Patienten mit der Diagnose einer venerischen Krankheit, gewöhnlich Ulcus molle, in das Krankenhaus kamen, und mehrere von den Patienten junge Mädchen, Virgines, waren.

3. Dr. Afzelius demonstriert eine 40jährige Frau mit **Lupus erythematosus capillitii**. Die Krankheit besteht seit zehn Jahren in Form eines sehr langsam sich vergrößernden Fleckes; in den letzten zwei bis drei Jahren aber hat die Krankheit sich schneller verbreitet, und es sind mehrere neue Herde entstanden. Eigentümlich ist, dafs früher schon einmal nach einer schweren Pleuritis mehrere kahle Flecke entstanden sind, welche indes nach einjähriger Behandlung wieder geheilt worden sind. Die Patientin ist schwach und nervös, sonst aber gesund. Es besteht keine Tuberkulose; auch die Eltern und Geschwister sind gesund.

4. Afzelius demonstriert einen sechsjährigen Knaben mit einer Affektion, welche er als **Ekzema parasitarium (seborrhoicum) capillitii et unguium** bezeichnet. Am Kopfe bestehen seit mehr als zwei Jahren einige unregelmäfsige, aber ziemlich scharf abgegrenzte, rötliche Flecke mit grauweifsen, festsitzenden Schuppen, bei deren Entfernung Sekretion und auch etwas Blutung entsteht. Es besteht weder Jucken, noch abgebrochene Haare, noch Haarausfall. Die Krankheit besteht ziemlich unverändert fort, obgleich die Flecke mit verschiedenen Teer- und Hg-Salben behandelt worden sind. Vor zwei Monaten rötete sich die Nagelwurzel des einen Daumens und schwoll an wie bei einer Paronychia, es bestand aber weder Schmerz noch Eiterung. Bald entblöfste sich das Nagelbett an der Wurzel, so dafs jetzt nur der vorderste Teil des Nagels ziemlich unverändert ist, während sich an der Wurzel ein neuer Nagel hervorschiebt. Auch an einem anderen Finger beginnt jetzt eine ähnliche Veränderung. Weder in den Haaren, noch an den Nägeln oder Schuppen sind Pilze entdeckt worden.

5. Dr. Sederholm stellt einen Patienten mit einer wahrscheinlich **mykotischen Nagelerkrankung** vor. Der sonst gesunde Herr hat zum ersten Male im Juli vorigen Jahres eine Veränderung an den Fingernägeln bemerkt, während die Nägel der Füfse gesund waren. Die Nägel wurden weifslich und glanzlos und waren mit feinen Schuppen bedeckt, später wurden sie dicker, und es entstanden kleine Grübchen und longitudinale Streifen auf der Oberfläche. Am vierten Finger begann der Nagel sich zuerst abzulösen, und zwar durch Anhäufung von Schuppen unter demselben. Der abgelöste Rand war von normaler Dicke. Die Ablösung ging nicht von einer Ecke des Nagels aus, sondern war unter dem freien Rand gleichmäfsig aufgetreten. Durch die Behandlung mit Resorcinumschlägen und Arsen innerlich ist keine Besserung erzielt worden, die Lösung schreitet fort und ist jetzt an mehreren Nägeln zu sehen. Pilze sind nicht gefunden worden. Da am übrigen Körper keine Spuren von Psoriasis zu entdecken sind, ist es schwer, die Nagelerkrankung als Psoriasis zu bezeichnen. Dagegen leidet der Patient an Pityriasis capitis und Pruritus ani mit Verdickung der umgebenden Haut, und man kann daher die Krankheit vielleicht eher für ein mykotisches Ekzem halten, welches indes das Ungewöhnliche darbietet, dafs Nagelveränderung und Ablösung des Nagels ohne vorangehende Veränderung der Matrix auftreten.

6. Dr. Moberg stellt einen 77jährigen Patienten mit einem **Erythema prurigi-nosum senile** vor. Die Krankheit, von welcher beide Unterschenkel ergriffen sind, besteht seit mehreren Jahren und ist für den Patienten durch den intensiven Pruritus äufserst quälend. Er ist nicht nur mit allen möglichen juckstillenden Mitteln äufserlich behandelt worden, sondern auch mit Röntgenstrahlen und Teslaströmen, aber fast

ohne Erfolg. Am besten wirken Umschläge mit Liquor acetatis aluminici und Ichthyol- und Kühlsalben. Der Patient leidet an Arteriosklerose, ist sonst gesund.

7. Dr. Krikortz stellt ein 17jähriges Mädchen vor, welches drei Jahre an **chronischer Furunkulosis** gelitten hat, jetzt aber durch interne Behandlung mit Bierhefe in 14 Tagen geheilt worden ist. Die Patientin war früher von verschiedenen Ärzten mit gewöhnlichen innerlichen und äufserlichen Mitteln ohne Erfolg behandelt worden, und auch eine dreimonatliche chirurgische Behandlung, wo jede Efflorescenz ausgekratzt und ausgebrannt wurde, brachte nur eine vorübergehende Besserung.

In der Diskussion führt Afzelius an, dafs er in ähnlichen Fällen gewöhnlich mit gutem Erfolge Sublimatbäder verordnet. Er gibt 10 g Sublimat pro balneo, und der Patient bleibt jeden Tag eine halbe Stunde im Bade.

Sitzung vom 30. April 1903.

1. Dr. Sederholm demonstriert einen 60jährigen Kutscher mit **Lichen planus** der Unterarme, Hüften und unteren Extremitäten, teilweise mit **annulären Plaques** mit atrophischem, pigmentiertem Zentrum. In diesem Falle ist besonders von Interesse die lange Dauer der Krankheit — 30 Jahre — und die Hautatrophie, welche dort zu sehen ist, wo die Efflorescenzen lange bestehen, oder wo sie mehrmals rezidiviert haben.

In der Diskussion erwähnt Afzelius einen ähnlichen Fall von Lichen planus annularis.

2. Dr. Afzelius demonstriert eine Frau mit **Lupus erythematosus faciei.** Die Krankheit ist im vorigen Jahre entstanden, nachdem die Patientin sich einen Tag grofser Sonnenhitze ausgesetzt hatte. Sie wurde im September in der Gesellschaft vorgestellt, und die Diagnose, welche damals zwischen Lupus erythematosus und Erythema solare schwankte, kann wohl jetzt als sichergestellt bezeichnet werden.

Die Behandlung mit Salicin innerlich und verschiedenen äufseren Mitteln hat wenig Erfolg gehabt, und darum sind Versuche mit Röntgenbehandlung gemacht worden. Nach 20 starken Bestrahlungen ist jetzt an der Stirn eine bedeutende Besserung eingetreten, und zurzeit werden die übrigen kranken Hautpartien ähnlich behandelt.

Diskussion: Dr. Möller hebt im Anschlufs an diesen Fall, wo zuerst die Diagnose zwischen Lupus erythematosus und Erythema solare schwankte, hervor, dafs klimatische Verhältnisse auch zur Entstehung der ersten Krankheit mitwirken, welche ihre gröfste Frequenz in den kalten und temperierten Zonen hat. Nach M.s Erfahrung geben die Patienten oft an, dafs ihre Krankheit nach einem sonnigen und heifsen Tage im Sommer oder Frühling entstanden ist. Möglich ist, dafs die Sonnenstrahlen das hervorrufende Irritament sind, was nicht ausschliefst, dafs die Erkältung der Haut mit ihren nachfolgenden Gefäfsveränderungen die Rolle eines prädisponierenden Momentes spielt.

3. Dr. Möller demonstriert einen Fall **Lupus erythematosus mit hochgradiger Veränderung der Schleimhaut des Mundes und der vorderen Choanen.** Die Krankheit besteht seit zwanzig Jahren und ist nach den Angaben der Patientin während einer Schwangerschaft im Sommer entstanden. In diesem Falle, der früher mit wenig Erfolg behandelt ist, ist in zwei Monaten durch Lichtbehandlung nach Finsen eine sehr wesentliche Besserung erreicht worden. Weiter zu bemerken ist die grofse Veränderung des Lippensaumes, besonders an der Unterlippe, wie sie nur selten bei Lupus erythematosus vorkommt. Die krankhaften Veränderungen setzen sich auch an der Schleimhaut der Unterlippe weiter fort und finden sich gleichfalls an den vorderen Choanen bis einen Centimeter aufwärts.

4. Möller stellt eine 26jährige Chorsängerin mit **diffuser symmetrischer Sklerodermie und Morbus Basedowi** vor. Seit vier Monaten besteht ein festes Infiltrat der Cutis und Subcutis, welches sich über die Nase und die Wangen ausgebreitet hat und in der Regio submaxillaris sich gegen die gesunde Haut abgrenzt. Auch an den Oberarmen besteht eine ähnliche, aber weniger hervortretende Veränderung. Die Patientin hat vor zwei Jahren eine ähnliche Anschwellung des Gesichts gehabt, diese aber ging indes nach zwei bis drei Monaten wieder zurück. Die Glandula thyroidea ist gleichmäfsig weich und bedeutend vergröfsert. Die Herzaktion ist sehr lebhaft, die Pulsfrequenz beträgt 130—160 Schläge. Keine Albuminurie. Kein Exophthalmus. Subjektive Symptome sind aufser dem Herzklopfen und der nervösen Unruhe das fast immer bestehende Hitzegefühl.

Auffallend ist das gleichzeitige Auftreten dieser zwei Krankheiten, welche beide auf vasomotorische oder andere Störungen des Nervensystems als Krankheitsursache hinweisen.

Diskussion: Afzelius hat die Patientin vor zwei Jahren behandelt und dachte damals nicht an Sklerodermie. Die Schwellung des Gesichts ging durch Massage und Behandlung mit Ichthyol ganz zurück. Diese Tatsache spricht möglicherweise gegen die Annahme, dafs es sich schon damals um eine beginnende Sklerodermie handelte.

Möller betont dagegen, dafs ein Rückgang der Symptome nicht gegen die Diagnose im ersten Stadium spricht.

5. Moberg demonstriert Präparate von **Urticaria pigmentosa.**

6. Moberg stellt eine 55jährige Frau mit **Leukoplacia buccalis** vor. Die hartnäckige Krankheit besteht seit mehreren Jahren und war am stärksten entwickelt an der Schleimhaut der Lippen, nahe dem rechten Mundwinkel, und an der unmittelbar hinter demselben gelegenen Schleimhautpartie. An diesem Mundwinkel hat ein **Epithelioma labii inferioris** sich danach entwickelt, und dieses ist jetzt durch Operation entfernt. Die Reibung eines artefiziellen Gebisses ist in diesem Falle mit grofser Wahrscheinlichkeit als Ursache der Leukoplacia anzusehen.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1903. Band 66, Heft 1 und 2.

I. **Über einen Fall von Lupus des Scrotum und Penis,** von J. Wallart-St. Ludwig. Der Fall betrifft einen 30jährigen, kräftig gebauten Mann, der im Jahre 1898 nach Ableistung seines Militärdienstes als erstes Symptom der Affektion eine kleine, rotgefärbte, leicht schmerzende Vorwölbung am linken Scrotum bekam. Dieselbe brach auf und sezernierte Eiter. Nach einer gewissen Zeit verheilte die Stelle, während andere in ähnlicher Weise erkrankten. Gleichzeitig griff das Leiden im weiteren Verlaufe auf den Penis und das Perineum über. Als Patient in die Behandlung des Verfassers trat, zeigten Penis und Scrotum streifige, fleckige, harte und weiche, faltige und weifsliche Narben, zwischen denen verästelte Inseln zum Teil noch behaarter, wulstiger, derber, stark pigmentierter Haut prominierten. Über der Symphyse ist die Haut in ähnlicher Weise verändert. Aufserdem sieht man hier ebenso wie am Scrotum, Penis und Damm, zerklüftete Ulcerationen mit unebenem, schmierig belegtem Grunde und derben, scharfen Rändern. Die Glans, Penis und das Präputium sind frei.

Die Diagnose lautete auf Hauttuberkulose der Regio pubica, des Scrotum, Penis und Dammes. Die Behandlung bestand in Exzision sämtlicher Ulcera weit im Gesunden. Die Wundheilung ging relativ rasch vor sich.

Die mikroskopische Untersuchung, deren Ergebnisse vom Verfasser in sehr eingehender Weise mitgeteilt werden, ergab das Bild des Lupus diffusus exulcerans.

II. **Beitrag zur Kenntnis der systematisierten Naevi**, von Paul Strassen-Heidelberg. Der vom Verfasser mitgeteilte Fall gehört zu den eigentümlichen Naevusformen, welche durch Halbseitigkeit, durch Streifen- und Fleckenformation und durch Hypertrophie und Pigmentation der Cutispapillen charakterisiert sind. Es handelt sich um ein achtjähriges Mädchen, das nach den bestimmten Angaben der Eltern im sechsten Monate nach der Geburt, und zwar im Anschluſs an eine nässende Flechte des Kopfes, eigentümliche Flecke am Körper bekam.

Gegenwärtig sieht man besonders an der linken Körperhälfte hell- und dunkelbraun gefärbte Flecke und Streifen, welche mehr oder weniger dicht über die linke Rumpfhälfte, den linken Arm und das linke Bein, zum Teil scharf in der Mittellinie abschneidend, hinziehen. Am Halse und am Kopfe ist die Affektion doppelseitig. Die braunen Flecke und Streifen setzen sich aus meist hirsekorngroſsen, warzenförmigen Exkrescenzen der Haut zusammen, die sich trocken und mäſsig hornig anfühlen.

Erbliche Belastung für Tuberkulose, Nervenkrankheiten, Syphilis liegt nicht vor. Der Verfasser schlieſst seine Betrachtungen über den Fall mit folgendem Resumé:

1. Der Fall zeigt im allgemeinen, wie die Mehrzahl der streifigen, verrukösen Naevi, keine wesentliche Verdickung der Hornschichte und kann darum nicht zur Ichthyosis partialis gerechnet werden.

2. Anatomisch ist der Fall keine einheitliche Naevusform. Es finden sich neben einzelnen wenigen, stark verhornten Efflorescenzen auch alle Übergänge bis zu vollständig weichen Warzengebilden. Dieses Vorkommen von pathologisch-anatomisch ganz verschiedenen Naevuseffloreszenzen bei demselben Individuum spricht sehr dafür, daſs auch die wenigen, rein ichthyotischen Formen streifiger, warziger Hautveränderungen nicht, wie Kaposi und Philippson wollen, zur Ichthyosis zu rechnen sind, sondern als richtige Naevi aufzufassen sind.

3. Durch Thyreoidintabletten wurde das Wachstum der Naevuseffloreszenzen bemerkenswerterweise beeinfluſst.

4. Der Fall läſst sich, wie die meisten Fälle der Literatur, nicht aus einem der bekannten Liniensysteme des Körpers erklären; auch wenn man die verschiedensten Liniensysteme zur Erklärung hinzuzieht, bleibt doch noch ein Rest unverständlicher Efflorescenzen übrig.

5. In dem beschriebenen Falle finden sich Beziehungen:
   a) zu Nervenstämmen;
   b) zu Spinalnerven oder Spinalganglien;
   c) zu Voigtschen Grenzlinien;
   d) zu Haarstromrichtungen und deren Charakterisierungslinien;
   e) zu Hautnervenbezirken.

6. Zosterartig den Rippen parallel laufende oder in flachen Bogen den Thorax umziehende Naevuseffloreszenzen können nicht auf Spinalganglien oder Spinalnerven bezogen werden, sondern nur solche Efflorescenzen, welche analog den Eichhorstschen Linien einen welligen Verlauf am Thorax zeigen.

7. Der Fall beweist, daſs Philippsons Erklärung des lateral abweichenden Verlaufes des Naevusstreifens am Oberschenkel von Voigts innerer Grenzlinie des Beines nicht richtig ist. Trotzdem nach Philippsons Hypothese der betreffende Naevusstreifen

gerade nach oben auf die Hinterbacke sich fortsetzen müfste, verläuft er im vorliegenden Falle genau der Voigtschen Linie entsprechend genitalwärts nach oben und innen.

8. Das auffallend häufige Befallensein der inneren Voigtschen Grenzlinie des Beines erklärt sich daraus, dafs hier als zweites ätiologisches Moment noch die mit der Voigtschen Grenzlinie fast gleich verlaufende Charakterisierungslinie der Haarströme des Beines in Betracht kommt.

9. Die scharfe Abgrenzung der Naevuseffloreszenzen in der vorderen Mittellinie zwischen Nabel und Symphyse ist nicht zu erklären aus einer Affektion der an die Mittellinie angrenzenden Hautnerven einer Körperhälfte, sondern entweder mit der hier verlaufenden Voigtschen Grenzlinie oder der Charakterisierungslinie der Haarströme in der vorderen Medianlinie in ätiologische Beziehung zu bringen.

III. **Weitere Beiträge zur Pathologie des sogenannten Sarcoma multiplex pigmentosum haemorrhagicum idiopathicum (Kaposi)**, von Josef Sellei-Budapest. Der Verfasser bespricht zunächst sehr eingehend die einschlägige Literatur, beschreibt dann drei Fälle, welche klinisch die typischen Symptome des Kaposischen Sarkoms zeigten, dagegen histologisch keines jener charakteristischen Zeichen aufwiesen, aus denen ihr sarkomatöser Charakter abgeleitet werden könnte. Vielmehr entsprechen die mikroskopisch feststellbaren Veränderungen einem chronischen Entzündungsprozefs, der sich durch die bei den infektiösen Granulationsgeschwülsten vorkommenden typischen Merkmale, wie Fibroblasten, zahlreiche Plasmazellen, Leukocyten, Lymphocyten, Mastzellen und Blutgefäfse auszeichnet.

IV. **Fall von Xanthoma tuberosum multiplex bei Diabetes nebst Bemerkungen über Xanthome im allgemeinen**, von Leonhard Leven-Elberfeld. Der 43jährige Patient bekam vor zehn Jahren die ersten Xanthomknötchen. Gegenwärtig zeigt er an den Streckseiten der Arme, besonders am Ellbogengelenk, an den Beugeseiten der Oberschenkel und am Nacken eine grofse Zahl stecknadelkopf- bis bohnengrofse, dicht neben einander liegende, sich hart anfühlende, gelblich verfärbte Prominenzen. Einzelne Knötchen finden sich noch an den Händen. Das Gesicht, insbesondere die Augenlider sind stets frei gewesen. Die Tumoren sitzen vorwiegend an solchen Stellen, welche am meisten dem Drucke ausgesetzt sind.

Die Untersuchung des Urins ergab unter anderen Befunden 3,2% Traubenzucker und 0,65‰ Eiweifs.

Unter Beobachtung einer strengen Diät war nach sieben Wochen kein Zucker mehr im Urin vorhanden. Die Xanthome hatten sich zum gröfsten Teile zurückgebildet, so dafs an dem ätiologischen Zusammenhange derselben mit dem Diabetes nicht zu zweifeln war.

Die histologische Untersuchung ergibt eine unveränderte Epidermis. Die Xanthomherde liegen hauptsächlich im Stratum reticulare und bestehen aus Zellen von bindegewebigem Charakter; dieselben sind in der Peripherie mehr langgestreckt und spindelförmig, gegen das Zentrum zu erscheinen sie gröfser und rundlicher. Das Zentrum der Knötchen enthält zumeist keine Zellen mehr, sondern besteht nur aus Fett.

Das Resultat der Untersuchungen und Beobachtungen des Verfassers ist, dafs „das Xanthoma tuberosum multiplex simplex und das Xanthoma tuberosum multiplex symptomaticum histologisch zusammengehören, aber histologisch und klinisch von dem Xanthoma palpebrarum (spurium) zu trennen sind. Zwischen Xanthoma tuberosum multiplex simplex und symptomaticum sind nur klinische Unterschiede vorhanden und zwar bezüglich der Form und der Lokalisation sowie vor allem bezüglich der Involution, so dafs für das Xanthoma symptomaticum die rein tuberöse Form, das Freibleiben der Augenlider und die besonders als Folge der Therapie, aber auch spontan

auftretende Involution charakteristisch sind. Die spontane Involution hängt wahrscheinlich mit Schwankungen im Zucker- resp. Eiweifsgehalte zusammen".

V. **Fieberhafte Allgemeinerkrankung mit Exanthem bei Röntgendermatitis,** von G. Holzknecht-Wien. Auf der Höhe intensiver oder ausgebreiteter Röntgenreaktionen beobachtet man bisweilen einen toxämischen Symptomenkomplex, bestehend aus hohem Fieber mit auffallend geringen febrilen Allgemeinerscheinungen mit oder ohne Exanthem und sehr günstiger Prognose. Deshalb sind gleichzeitige Reaktionen an grofsen oder zahlreichen Stellen des Körpers zu vermeiden. Der Verfasser beschreibt vier Fälle der seltenen Komplikationen der Röntgenreaktion.

VI. **Die Röntgeno-therapeutische Vorreaktion,** von Guido Holzknecht-Wien. Der Verfasser resumiert seine Beobachtungen hinsichtlich der Begleiterscheinungen resp. der Prodromalerscheinungen der Röntgenreaktion dahin: „Die Vorreaktion, welche gelegentlich eine Stunde nach der Bestrahlung mit Röntgenröhren auftritt, die einen starken violetten Beleg besitzen, modifiziert die stärker auftretende echte Röntgenreaktion im Sinne der Verstärkung des Prozesses in den oberflächlichsten Schichten und wird vermutlich durch eine von den Röntgenstrahlen völlig verschiedene, ihrem Wesen nach bis jetzt unbekannte Strahlung erzeugt."

VII. **Eine Trichomykosis capillitii,** von R. Winternitz-Prag. Bei einem elfjährigen Knaben traten einige Wochen nach dem Haarschneiden an einzelnen Stellen des behaarten Kopfes eigentümlich dunkelbraune Verfärbungen und Verdickungen der Schnittenden einer Anzahl von Haaren auf. Die veränderten Haare fühlten sich anders an als die gesunden. Es wurden zeitweilig Haare zur Untersuchung epiliert; später wurde der gröfste Teil der erkrankten Haare abgeschnitten und im übrigen der Knabe kurz geschoren, worauf die Affektion, nachdem sie einige Wochen bestanden hatte, verschwand.

Ein erkranktes Haar, in verdünnter Kalilauge unter dem Mikroskope bei schwacher Vergröfserung zur Anschauung gebracht, zeigt von seinem proximalen gegen das distale Ende hin eine Anzahl schildartig geformter Auflagerungen, welche mit der ebenen Fläche sich dem Haare anlagern. Gegen das Schnittende hin werden die Auflagerungen dicker und gröfser, rücken dicht zusammen und legen sich um das Haar so herum, dafs sie den Haarschaft umschliefsen und noch das Schnittende kappenförmig überragen. Der freie Rand der Auflagerung ist wellig und grobkerbig. Bei starker Vergröfserung bemerkt man, dafs die Auflagerungen in guter Färbung aus radienförmig verlaufenden Fäden und aus eng verbundenen, feinen Stäbchen bestehen, welche sich zwischen Cuticula und die Rindenschichten des Haares hineindrängen.

Anlegung von Kulturen der gefundenen Stäbchen ergibt dieselben Stäbchen und Körnerstäbchen, aus denen sich die Masse der Pilzauflagerungen an den Haaren zusammensetzte.

Ob der reingezüchtete Pilz pathogene Eigenschaften hat und dieselbe Krankheit an den Haaren hervorzurufen im stande ist wie die bei dem Knaben geschilderte, konnte aus Mangel an geeignetem Untersuchungsmaterial nicht genau festgestellt werden.

Mikroskopisch und kulturell ist die beschriebene Affektion durch das ausschliefsliche Vorhandensein von Stäbchen gegenüber den grofssporigen Fadenpilzen bei der Piedra und den Kapselkokken bei der Palmellina von diesen beiden Affektionen völlig unterschieden.

VIII. **Merkuriolöl, ein neues Quecksilberinjektionsmittel,** von Magnus Möller-Stockholm. Angesichts der lokalen Reizerscheinungen, welche mehr oder weniger alle Quecksilberinjektionsmittel hervorrufen, war Verfasser bestrebt, ein kräftig

wirkendes Injektionspräparat zu finden, das nur minimale lokale Irritationssymptome zur Folge hat. Dieses Ziel ist mit dem vom Apotheker Blomquist hergestellten 45%igen Merkuriolöl, einer Mischung von Merkuriol und Olivenöl oder besser Mandelöl, erreicht worden. Das Injektionspräparat präsentiert sich als eine Emulsion, die mit wasserfreiem Lanolin, Mandelöl und Merkuriol bereitet wird. Vor dem Gebrauche empfiehlt es sich, das Merkuriolöl immer tüchtig umzuschütteln.

Sehr zweckmäfsig für die Einspritzungen fand Verfasser die von Prof. Lang in Wien angegebene Injektionsspritze, welche 0,5 ccm faſst und eine genaue Dosierung selbst bis auf 0,01 ccm gestattet. Für die meisten Fälle angemessen ist die Dosis von 0,10, d. h. $1^1/_2$ Teilstriche des 45%igen Merkuriolöls.

Innerhalb des verflossenen Jahres hat Verfasser mehr als 1000 Injektionen, die intramuskulär ausgeführt wurden, gemacht und sehr zufriedenstellende Resultate erzielt, so daſs er die Merkuriolöleinspritzungen als eine „bequeme, saubere, bezüglich der Dosierung, in der Regel schmerzlose, therapeutisch kräftige Methode“ einer weiteren Prüfung warm empfehlen kann.

IX. **Oleum mercuriolii (90% Hg), ein neues Injektionspräparat aus metallischem Quecksilber,** von A. Blomquist-Stockholm. Der Verfasser beschreibt das Verfahren der Bereitung des Merkuriolöls. Sowohl das 90%ige wie das für Injektionen bestimmte und mit Mandelöl verdünnte 45%ige Präparat muſs sorgfältig vor dem Einfluſs von Feuchtigkeit geschützt werden. Nur getrocknetes Mandelöl, d. h. Öl, welches durch Schütteln mit geglühtem Natriumsulfat vollständig von Feuchtigkeit befreit und dann filtriert worden ist, darf zur Verdünnung verwendet werden. Spritzen und Kanülen sind nicht in wässerigen antiseptischen Lösungen, sondern besser in einer Sprit- und Bunsen-Flamme zu sterilisieren.

X. **Beiträge zur Histologie der weichen Naevi,** von Otto Sachs-Wien. Der Verfasser beschreibt zunächst die Krankengeschichte eines in der Breslauer dermatologischen Klinik beobachteten Falles, der ein achtjähriges Mädchen betraf. Die hauptsächlichsten klinischen Merkmale der kongenitalen Affektion waren ein spitzes Kondylom am kleinen Finger der rechten Hand, ein xanthomartiger Naevus verrucosus der rechten Achselhöhle und mehrere über den Körper zerstreute Naevi lineares, so besonders an der Ulnarseite der ersten Phalanx des rechten Mittelfingers, der Radialseite der zweiten Phalanx des Zeigefingers und der Ulnarseite der ersten Phalanx des kleinen Fingers der linken Hand, der rechten Glutäalgegend und an einzelnen Zehen des rechten Fuſses.

Der himbeerförmige Tumor am kleinen Finger der rechten Hand wurde mit dem Skalpell entfernt, und die Wundfläche mit dem Paquelin verschorft. Dieser Tumor sowohl wie aus der Achselhöhle exzidierte Hautstücke wurden nach den bekannten Methoden gehärtet, fixiert, eingebettet und gefärbt.

Das Resultat der histologischen Untersuchung wird in folgenden Schluſssätzen mitgeteilt:

„1. Der himbeerförmige Tumor am kleinen Finger der rechten Hand gleicht sowohl seiner äuſseren Konfiguration als auch seiner Struktur nach vollkommen dem eines spitzen Kondyloms. Für die Genese dieses Tumors müssen wir anhaltende entzündliche Reizungszustände verantwortlich machen.

2. Der Naevus verrucosus der rechten Achselhöhle ist ein weicher, nicht pigmentierter Gewebsnaevus, der durch die Einlagerung von xanthomähnlichen Zellen in die Papillen und das subpapilläre Bindegewebe als „xanthomartiger Naevus“ bezeichnet werden muſs. Diese xanthomähnlichen Zellen ahmen nur durch ihre Anordnung und Gruppierung den Typus von Naevuszellen nach, sie sind keine Degenerationsprodukte im Sinne der Unnaschen Naevuslehre. Die Genese dieser xanthom-

ähnlichen Zellen glauben wir ungezwungen, nach der Cohnheimschen Theorie der Geschwulstentwicklung aus embryonalen Keimanlagen entstanden, erklären zu können.

3. Die an den Fingern und Zehen, ad nates mit verhornten Massen bedeckten, strichförmig verlaufenden Naevi lineares sind als harte Naevi zu bezeichnen.

Histologisch zeichnen sich dieselben durch eine Hyperkeratose und Akanthose mit verschiedenartiger Gestaltung des Papillarkörpers aus.

Die linearen Naevi sind die Folge von Entwicklungsstörungen, für deren Zustandekommen eine vorausgegangene Erkrankung des Nervensystems nicht mit Notwendigkeit anzunehmen ist."

XI. **Zur Behandlung der fötalen Syphilis nach Riehl**, von Hans Vörner-Leipzig. Alle Graviden der syphilitischen Abteilung wurden seit dem Jahre 1897 nach Riehls Methode behandelt. Die syphilitische Infektion lag bei den Patientinnen längstens 2½ Jahre zurück. Zunächst wurden dieselben einer regelrechten Schmierkur unterworfen und sodann die lokale Behandlung des schwangeren Uterus in der Weise mit Quecksilber ausgeführt, dafs Globuli vaginales, aus je 1 g offizineller grauer Salbe und 1—2 g Butyrum Cacao gefertigt, bis zur Portio vaginalis in die Vagina eingeführt und hier durch einen mit Bindefaden versehenen Wattetampon, der in Gaze eingehüllt ist, fixiert werden. In der Körperwärme schmilzt der Globulus, und die graue Salbe kommt mit der Scheidenschleimhaut und der Portio vaginalis in innigen Kontakt.

Am besten beginnt man mit dieser Behandlung, sobald die Schwangerschaft konstatiert ist, und setzt sie bis zum Ende der Gravidität fort.

Die Schwangerschaft verlief für die Mutter stets gleich günstig.

Unter 33 Geburten waren ein Abort und drei Frühgeburten. Bei zweien derselben scheint die Mutter die lokale Behandlung nicht genügend durchgeführt zu haben. Zwei Frühgeburten blieben am Leben.

Von den 29 rechtzeitig Geborenen starben 2 infolge des Geburtsaktes; von den Überlebenden gingen 4 an Enteritis, 2 an Tuberkulose und 1 an Pneumonie zu Grunde; der Syphilis direkt erlagen 4 = 12%. Erkrankungen an Syphilis ohne letalen Ausgang kamen noch 3, zusammen also 7 = 21%.

Zu Gunsten der Behandlung sprechen noch die Gewichts- und Ernährungsverhältnisse der Kinder (im Durchschnitt bei 17 Kindern ein Geburtsgewicht von 3200 g, eine Körperlänge von 50 cm).

Die durch die lokale Behandlung des Uterus der Graviden erzielten Resultate sind somit ungleich bessere, als sie durch die Allgemeinbehandlung allein bisher erreicht worden sind. *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1903. Heft 10.

Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Massage, von J. M. Bartrina-Barcelona. Gleich anderen Untersuchern fand auch B. bei seinen histologischen Studien, dafs sich neben den Harnröhrenstrikturen, auch neben sehr alten Strikturen, in der Tiefe fast in allen Fällen noch Reste der Urethritis, d. h. einzelne entzündliche Herde, finden. Dieselben können durch Massage rasch und sicher entleert und zur Resorption gebracht werden, alle anderen Behandlungsmethoden, insbesondere Instillationen und Kauterisationen, sind wirkungslos.

B. bedient sich neuerdings der Massage auch zur Behandlung der blennorrhoischen Harnröhrenstrikturen selbst. Nach Entleerung des Urins, Ausspülung der Pars anterior urethrae und Füllung der Blase mit ½‰iger Lösung von Hydrargyrum

oxycyanatum nimmt er in der gewöhnlichen Weise die Dilatation mit Bougies vor und massiert die Urethra über jedem Bougie mindestens fünf Minuten lang; zum Schlusse wird die Blase wieder entleert. In dieser Weise wurden von B. bis jetzt 14 Fälle behandelt, von denen jedoch fünf teils wegen bestehender Komplikationen von seiten der Prostata, teils wegen vorzeitiger Beendigung der Behandlung zur Beurteilung der Methode nicht mit herangezogen werden können. Weiterhin mufste die Massagekur bei einem Patienten, der neben seiner Striktur eine Cystitis hatte, wegen Eintritts von Fieber, und bei einem anderen wegen starker Reizung und Überempfindlichknit der Urethra unterbrochen werden. In den übrigen sieben Fällen aber gelang die Erweiterung der Striktur mit Hilfe der Massage sehr rasch und vollständig; B. ist überzeugt, dafs die erzielten Erfolge der Hauptsache nach der Massage zu danken waren, dafs diese in Verbindung mit der Dilatation viel besser, rascher und intensiver wirkt als die Dilatation allein. Die Art der Wirkung ist übrigens bei beiden Eingriffen im Prinzip die gleiche: die in die Urethra eingeführten Bougies haben neben ihrer grob mechanischen, dilatierenden Wirkung noch den Effekt, dafs sie als Fremdkörper einen starken Reiz ausüben; infolge dieses Reizes kommt es zur Desquamation nicht nur der oberflächlichen Epithelschichten, sondern des ganzen Epithels, also zur Zerstörung der epithelialen Schwielen, weiterhin aber zur Einwanderung zahlreicher Leukocyten, die sich einen Weg durch die sklerotischen Partien der Harnröhre bahnen und sie so weicher, dehnbarer und weiter machen. Je länger ein Bougie in der Urethra liegen bleibt, desto stärker wird der Effekt. Ebenso wie die in die Harnröhre eingeführten Bougies, nur noch intensiver, wirkt die Massage.

1903. Heft 11.

1. **Beitrag zum Studium der Bedeutung der Prostata für die infiltrierten epithelialen Blasentumoren,** von E. Montfort-Marseille. Nachdem die in früheren Jahren von einer grofsen Reihe von Autoren, insbesondere von Klebs, vertretene Anschauung, dafs alle Blasencarcinome von der Prostata ausgehen, ziemlich allgemein fallen gelassen worden war, kam Motz 1899 auf Grund zahlreicher anatomischer Untersuchungen wiederum zu der Ansicht, dafs zum mindesten die Mehrzahl der infiltrierten epithelialen Blasentumoren ihren Ursprung in der Prostata haben. Um neues Material zur Entscheidung der Frage beizubringen, hat M. eine Serie von 84 epithelialen Blasentumoren makroskopisch und mikroskopisch untersucht. Dabei fiel ihm in erster Linie auf, dafs auch in makroskopisch normal erscheinenden Prostaten, wie er sie häufig bei den untersuchten Blasentumoren fand, durch die mikroskopische Untersuchung sehr oft, wenn auch nur an einzelnen circumskripten Partien der Drüse, Neoplasmen nachgewiesen werden konnten.

M. teilt die 84 epithelialen Tumoren, die er untersucht hat, in folgender Weise ein:

I. Die von dem meist spindelförmigen Epithel des Harnapparats ausgehenden Blasentumoren (Tumeurs urinaires), im ganzen 42 Fälle; diese teilen sich

1. in solche, welche die Blasenwand nicht infiltrieren (16 Fälle)
   a) Papillome, atypische oberflächliche Epitheliome,
   b) Adenome;
2. in solche, welche die Blasenwand infiltrieren (26 Fälle)
   a) atypische Epitheliome,
   b) Kankroide.

II. Die nicht vom Epithel der Blase, sondern von anderweitigem, polygonalem Epithel ausgehenden Blasentumoren (Tumeurs non urinaires), im ganzen ebenfalls 42 Fälle, und zwar

1. metastatische Tumoren,
2. durch direktes Übergreifen von einem benachbarten Organ her entstandene Tumoren, und zwar
   a) vom Darm,
   b) vom Uterus,
   c) von der Prostata { Carcinome, adenoide Epitheliome.

Vom Blasenepithel ausgehende, die Blasenwand nicht infiltrierende Papillome und Epitheliome finden sich sehr häufig; sie besitzen ausnahmslos spindelförmiges Epithel und sind zumeist gestielt. Aufserordentlich selten sind Adenome der Blase, insbesondere primäre Adenome; von solchen sind bisher nur zwei einwandfreie Fälle, einer von KALTENBACH und einer von ALBARRAN beschrieben worden. In den vier von M. gefundenen Blasenadenomen handelte es sich um sekundäre Tumoren, die von Adenomen der Prostata ausgingen. Unter den 26 vom Blasenepithel ausgehenden, die Blasenwand infiltrierenden Tumoren waren 14 atypische Epitheliome (darunter zwei bei Weibern) und 12 Kankroide. Die letzteren weisen ganz bestimmte charakteristische Merkmale auf und greifen im Gegensatze zu allen anderen vom Blasenepithel ausgehenden Tumoren nicht selten auf benachbarte Organe, Darm, Prostata und Samenbläschen, über; sie sind früher schon von HALLÉ in den *Ann. génito-urin.* ausführlich beschrieben worden.

Die nicht vom Blasenepithel ausgehenden, d. h. sekundären, Blasentumoren bewirken ausnahmslos eine Infiltration der Blasenwand. Die hierher gehörigen metastatischen Blasentumoren sind sehr selten. Viel häufiger finden sich durch direktes Übergreifen von einem benachbarten Organ her entstandene Neoplasmen. M. selbst fand einen Fall von Blasencarcinom, das durch Übergreifen eines Coloncarcinoms entstanden war, ferner drei Fälle von sekundärem Blasencarcinom bei Uteruscarcinomen, endlich 26 Alveolarcarcinome und 4 Adenoepitheliome, bei denen sich ausnahmslos in den Prostaten die gleichen Neoplasmen nachweisen liefsen. Einen Fall von primärem Blasencarcinom fand M. nicht; er kommt daher zu dem gleichen Schlusse wie MOTZ, dafs das primäre Blasencarcinom, wenn es überhaupt vorkommt, überaus selten ist; weitaus die meisten Blasencarcinome gehen von Prostatacarcinomen aus. Darum kommen auch bei Frauen Blasencarcinome viel seltener vor als bei Männern.

2. **Bemerkungen über die endoskopische Beleuchtung,** von LÉON IMBERT-Marseille. J. verwendet seit einiger Zeit als Stromquelle für endoskopische Zwecke einen galvanischen Apparat, bestehend aus 9—12 LECLANCHÉschen Elementen und einem Rheostat. Der verhältnismäfsig kleine und leichte, gut transportable Apparat funktioniert tadellos und nützt sich nur sehr langsam ab; er ist den Akkumulatoren in jeder Beziehung überlegen.

3. **Entleerung eines retrovesikalen Eiterherdes durch die Luftwege,** von E. LEGRAIN-Bougie. Bei einem Knaben, der auch früher schon mehrfach an kurz dauernder Pyurie und Strangurie gelitten hatte, entstand vom 9. bis zum 14. Lebensjahre alle fünf bis sechs Monate zwischen Rektum und Blase eine Eiteransammlung, deren Beginn stets durch Auftreibung des Unterleibes, Stuhldrang und Pollakiurie markiert war. Der Tumor wuchs allmählich bis zu Kindskopfgröfse an, um dann regelmäfsig in die Blase durchzubrechen; der Urin war infolgedessen mehrere Tage hindurch stark eiterhaltig. Acht bis zehn Tage nach Beginn der Eiterentleerung waren sämtliche Symptome wieder verschwunden. Einmal erfolgte der erwartete Durchbruch der Geschwulst in die Blase nicht, dagegen expektorierte der Kranke nach einigen Hustenstöfsen etwa einen Liter grün-gelblichen Eiters, eine Geschwulst

war daraufhin nicht mehr zu fühlen. In der Folge bildete sich der Tumor noch zweimal, um beide Male in der alten Weise in die Blase durchzubrechen; bald darauf ging der Knabe unter septikämischen Erscheinungen zu Grunde. Welcher Natur die Eiteransammlung war, konnte L. nicht entscheiden; Tuberkelbacillen waren im Eiter nie zu finden gewesen.

1903. Heft 12.

1. **Details bezüglich der Technik bei der Anwendung des graduierten Harnseparators. Erklärung der Resultate,** von F. Cathelin. C. hat an seinem vor etwa Jahresfrist angegebenen, intravesikalen, graduierten Harnseparator einige Verbesserungen angebracht, die er hier beschreibt. Gleichzeitig gibt er detaillierte Anweisungen für die Anwendung des Instruments und erklärt zum Schlusse die in einzelnen Fällen erhaltenen Resultate. Die Ausführungen, die eine Beschreibung des ganzen Instruments nicht enthalten, sind ohne eine solche nicht verständlich. Es mag daher hier nur betont werden, dafs das Instrument nach C.s Erfahrungen sowohl, wie nach den Beobachtungen zahlreicher anderer Untersucher sehr zuverlässige Resultate zu ergeben scheint.

2. **Pathologische Anatomie der akuten Cystitiden,** von B. Motz und Paul Denis. Eine Beschreibung der histologischen Veränderungen bei der akuten Cystitis liegt bis jetzt nicht vor. Um diese Lücke auszufüllen, haben die Verfasser 14 Fälle von akutem Blasenkatarrh mikroskopisch untersucht; sie kamen dabei zu folgendem Ergebnis: Das Epithel der Blase ist bei der akuten Cystitis nicht verändert und stöfst sich — entgegen der Behauptung mehrerer Autoren — nicht ab. Die Entzündung, d. h. die kleinzellige Infiltration, kann sich entweder gleichmäfsig über alle subepithelialen Schichten ausdehnen, oder sie ist durch Bindegewebszüge in einzelne Herde getrennt; sie kann endlich an einzelnen Stellen so dicht werden, dafs wirkliche Abscesse entstehen. Die entzündlichen Veränderungen sind stets auf das Corion und die Submucosa beschränkt, sie greifen niemals auf die Muskularis über, wie das mehrfach behauptet wurde. Die Gefäfse sind schon im Anfang stark dilatiert, im weiteren Verlaufe kommt es zu beträchtlicher Gefäfsneubildung. Längere Dauer einer akuten Cystitis führt zur Hypertrophie der Muskelschichten. Der Beginn der Heilung ist gekennzeichnet durch das in den obersten Schichten beginnende Verschwinden der Infiltration. Gleichzeitig verschwindet auch ein Teil der neugebildeten Gefäfse, während der andere Teil dauernd bestehen bleibt. Die Zahl der bindegewebigen Elemente der Submucosa bleibt ebenfalls beträchtlich vermehrt. Infolge dieses Zuwachses an Gefäfsen und Bindegewebe bleiben Corion und Submucosa dauernd ein wenig verdickt.

3. **Extraktion eines ungefähr drei Monate alten Fötus aus der Blase,** von Guisy-Athen. Bei einer 36jährigen Frau, die bereits viermal geboren und zweimal abortiert und wiederholt an Pelveoperitonitis gelitten hatte, stellten sich bald nach dem Eintritt einer neuen Gravidität kolikartige Leibschmerzen, besonders in der Gegend der rechten Fossa iliaca, Erbrechen, Diarrhoen und ein fast permanenter blutig-seröser Ausfluſs ein. Am Beginn des dritten Monats der Gravidität wurde rechts unten vom Nabel ein circumskripter, eigrofser, harter, sehr druckempfindlicher Tumor konstatiert, der rasch bis zur Gröfse einer Orange anwuchs, um bald darauf wieder kleiner zu werden. Gleichzeitig traten Schüttelfröste, Fieber, Erbrechen, Verstopfung, Harndrang und Schmerzen bei den Miktionen auf. Der Urin wurde trübe und führte andauernd Eiter, Blut, Blutgerinnsel und in Zersetzung begriffene Gewebsstücke von leichenhaftem Geruche mit sich. Dann trat plötzlich eine akute, komplette Harnretention ein; die Ursache derselben war ein in die Harnröhre eingeklemmter, 15 cm langer, drei Monate alter Fötus. Einlegung eines Verweilkatheters und wieder-

holte Blasenspülungen führten im Verlaufe von 18 Tagen zur vollständigen Genesung der Frau. Zweifellos war in diesem Falle ursprünglich eine rechtsseitige Tubarschwangerschaft vorhanden gewesen.

1903. Heft 13.

1. **Das retrograde Universalcystoskop**, von Felix Schlagintweit - München-Brückenau. Der Verfasser beschreibt ein von ihm konstruiertes Cystoskop, mit dem es gelingt, alle Teile der Blase zu übersehen. An dem neuen Instrument tritt das Prisma beim Vorschieben der optischen Röhre aus der Metallhülse heraus; dadurch wird es möglich, diejenigen Partien, die mit den bisher gebräuchlichen Cystoskopen nicht oder nur undeutlich sichtbar waren, die innere Harnröhrenmündung, den Blasenhals und seine Umgebung, von dem im Innern der Blase befindlichen Prisma aus, also retrograd, zu beleuchten. Beim Zurückziehen der optischen Röhre tritt das Prisma wieder in die Metallhülse, und die Blasenwände können dann direkt, wie mit einem gewöhnlichen Cystoskop, untersucht werden. Das neue Instrument, das bereits im *Centralbl. f. Harn- u. Sexualorg.* (1901. S. 254) beschrieben worden ist, wird von Reiniger, Gebbert & Schall in Berlin hergestellt. Bezüglich der Einzelheiten in seiner Konstruktion und Handhabung mufs auf die mit Abbildungen versehenen Originalmitteilungen Sch.s verwiesen werden.

2. **Bemerkungen zu dem Aufsatze Paul Delbets „Die perineale Prostatektomie"**, von Tédenat - Montpellier. Delbet hat in seinem, im Jahrgang 1902 (S. 1193) der *Ann. génito-urin.* veröffentlichten Aufsatze über die perineale Prostatektomie behauptet, dafs Tédenat zur Ausführung der Prostatektomie die Sectio alta und gleichzeitig die perineale Inzision mache, also von zwei Seiten her operiere. T. weist nun hier nach, dafs das ein Irrtum ist, dafs er die Sectio alta, von ganz seltenen Ausnahmen abgesehen, nicht macht, also nur vom Perineum aus operiert, dafs ferner seine Methode, über die er mehrfach berichtet hat, mit Delbets Verfahren in allen wesentlichen Punkten übereinstimmt. Im übrigen ist T. überzeugt, dafs in Zukunft bei den verschiedenen Formen von Prostatahypertrophie auch verschiedene Operationsmethoden zur Ausführung gelangen werden.

3. **Zwei Fälle von angeborener Permeabilität des Urachus**, von Barthélemy Guisy-Athen. Bei einem 53jährigen Manne mit blennorrhoischer Harnröhrenstriktur, der schon seit längerer Zeit bei jeder seiner zahlreichen und schmerzhaften Miktionen ein lebhaftes Brennen entlang der Linea alba verspürt hatte, entstand im Anschlufs an eine Nierensteinkolik eine komplette Harnretention und gleichzeitig mit dieser ein Abscefs am Nabel. Der Abscefs wurde inzidiert, aus der Öffnung entleerte sich eine beträchtliche Menge bluthaltigen Harns. Von da an urinierte der Mann stets durch die Harnröhre und durch den Nabel. Erst als nach fünf Jahren die impermeable Harnröhrenstriktur des Mannes mittels Urethrodomia externa beseitigt wurde, entleerte sich wenigstens der gröfste Teil des Urins wieder durch die Urethra. Infolge regelmäfsiger Katheterisierung der Blase hörte dann das Aussickern von Harn aus dem Nabel allmählich ganz auf.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 32jährigen Mann mit blennorrhoischer Harnröhrenstriktur, der schon seit längerer Zeit den Urin nur mehr tropfenweise entleeren konnte und dabei fortwährend lanzinierende Schmerzen in der Nabelgegend verspürte. Während die Dysurie sich steigerte, entstand am Nabel eine haselnufsgrofse, schmerzhafte, fluktuierende Geschwulst. Dieselbe brach, als im Anschlufs an sexuelle Excesse komplette Harnretention eingetreten war, spontan auf, durch die Öffnung entleerte sich sofort mit Blut und Schleim vermischter Harn. Auch dieser Kranke urinierte von da an durch Urethra und Nabel, bis seine impermeable Striktur mittels Urethrotomia interna und methodischer Dilatation beseitigt wurde.

1903. Heft 14.

Die Heilbarkeit der Blasentuberkulose, von B. Motz. Entgegen den bisherigen Anschauungen zeigt die Blasentuberkulose eine sehr grofse Tendenz zur Heilung; doch darf man von einer solchen erst dann sprechen, wenn der Urin andauernd frei von Eiterkörperchen ist. M. selbst hat in acht Fällen vollständige Heilung eintreten sehen. Nur in zwei von diesen acht Fällen wurde die Blase lokal behandelt, und zwar ein Fall mit Auskratzen des Blasenfundus und nachherigen Instillationen von 5%igem Guajaklöl, ein Fall mit Instillationen von Sublimatlösung (1 : 5000). Bei zwei Kranken wurde nur die entsprechende roborierende Allgemeinbehandlung durchgeführt. Bei dem einen dieser beiden Patienten, der Injektionen von kakodylsaurem Natrium erhielt, war auch die rechte Niere erkrankt, wahrscheinlich kam es hier zu einer Obliteration des rechten Ureters und Ausheilung der Nierentuberkulose durch Verkäsung des Niereninhalts. In den übrigen vier Fällen, in denen ebenfalls je eine Niere erkrankt war, wurde die Nephrektomie vorgenommen, worauf die Blasentuberkulose spontan ausheilte. — Da die Blasentuberkulose nur selten primär ist, sondern meist durch Tuberkulose anderer Harn- oder Sexualorgane verursacht und unterhalten wird, so ist natürlich die Beseitigung des primären Herdes das Wichtigste. Doch ist bei Tuberkulose der Prostata und der Samenblasen frühzeitiges operatives Vorgehen nicht am Platze; denn auch die Tuberkulose dieser Organe heilt sehr oft spontan aus. Erst wenn sich Erweichung zeigt, ist chirurgisches Eingreifen angezeigt. Dagegen mufs bei Tuberkulose einer Niere sofort die Nephrektomie vorgenommen werden, auch wenn die Blase schon schwer erkrankt ist; denn diese kann nur dann ausheilen, wenn sie nicht immer von neuem durch bacillenhaltigen Urin infiziert wird. — Auch nach völliger Heilung der Blasentuberkulose bleibt nicht selten Pollakiurie, chronische inkomplette Retention und ein Gefühl von Schwere im Unterleib nach den Miktionen zurück. Diese Erscheinungen sind verursacht einerseits durch die entstandenen Narben, welche eine sehr bedeutende Verminderung der Blasenkapazität und eine Kompression der Blasennerven bewirken können, andererseits durch Veränderungen der Muscularis. *Göts-München.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1903. Heft 5.

Semiotik der Alopecien, von Sabouraud. S. teilt die Alopecien ein in Alopecien der Kinder, der Männer, der Weiber, und Alopecien des Greisenalters; denn der Haarausfall hat in den verschiedenen Lebensaltern und bei beiden Geschlechtern verschiedene Ursachen. Der Hauptsache nach bringen die vorliegenden Ausführungen nichts Neues; hat doch S. selbst schon vielfach zu dem Thema der Alopecien das Wort genommen. Nur zwei Punkte seien erwähnt. Die Alopecien, die bei Kindern durch Trichophytosis verursacht werden, sind nach S. in ihrer Form verschieden, je nach dem die Trichophytie durch Trichophyton mikrosporon oder durch Trichophyton megalosporon hervorgerufen ist: der grofssporige Pilz erzeugt nämlich Haarausfall in Form kleiner, der kleinsporige in Form grofser Scheiben. — Die Alopecie infolge von Seborrhoe ist bekanntlich ein Privileg der Männer; sie kommt nach S., im allgemeinen wenigstens, nur bei solchen Frauen vor, die physisch oder psychisch männlichen Charakter aufweisen. Angeblich wird auch bei Eunuchen Kahlheit infolge von Seborrhoe niemals beobachtet.

Heft 6.

Die Schuppen, von Sabouraud. Die Schuppenbildung auf der behaarten Kopfhaut, von welcher dieser zweiter Vortrag S.s handelt, ist ätiologisch in den verschie-

denen Lebensaltern verschieden: sie wird bei Kindern hauptsächlich verursacht durch Ichthyosis, Ekzeme und Trichophytien, bei Erwachsenen durch Pityriasis, Ekzeme und Psoriasis, bei Greisen durch Ekzeme, Pityriasis, sklerotische und atrophische Prozesse der Haut. Bei der Besprechung der Schuppenbildung bei Erwachsenen äufsert sich S. ausführlich über die bei Männern so häufige Kombination von Pityriasis und Seborrhoe der Kopfhaut; seine Anschauungen über die wechselseitigen Beziehungen dieser Affektionen und ihre in einander greifende Wirkung sind bekannt. Auf der Kopfhaut 20—25jähriger Frauen wird manchmal eine durch Bildung fetter Schuppen ausgezeichnete Pityriasis beobachtet; dieselbe erfordert eine unausgesetzte, sorgfältige Behandlung, sonst kommt es immer wieder zu Rezidiven, die schliefslich zur Alopecie führen. — Der Hinweis auf die Ekzeme als Ursache der Schuppenbildung gibt S. Gelegenheit zur Mitteilung einer wichtigen Beobachtung: er fand nämlich in 70% der impetiginösen Ekzeme kurzdauernde Albuminurien. Um dieselben konstatieren zu können, mufs man die ganze, in 24 Stunden entleerte Harnmenge untersuchen, und zwar in der Weise, dafs der während der Nacht entleerte Urin, der Urin vom Vormittag und der Urin vom Nachmittag getrennt untersucht wird. Zylinder enthält der Harn gewöhnlich nicht.

Heft 7.

1. **Krusten und Narben**, von Sabouraud. In diesem dritten Vortrage schildert S. Art und Aussehen der Krusten, wie sie auf dem behaarten Kopfe der Kinder und der Erwachsenen vorkommen. Seinen Erfahrungen zufolge kann die so häufige, durch Seborrhoe verursachte Borkenbildung auf dem Kopfe der Säuglinge zur Bildung streifenförmiger Narben und Alopecien führen. Die durch Streptokokken hervorgerufene Impetigo contagiosa kompliziert sich nach S. bei Kindern sehr häufig mit der durch Staphylokokken verursachten Impetigo Bockhart. Als hauptsächliche Ursachen der Krustenbildung auf dem behaarten Kopfe der Erwachsenen nennt S. die Akne und die Syphilis. Eine Aufzählung und kurze Beschreibung der Narben, die auf der behaarten Kopfhaut vorkommen, bildet den Schlufs des Vortrags.

2. **Mikroskopische Untersuchungen über die Bedeutung der Reaktionszone nach Tuberkulininjektionen**, von Klingmüller. Der Artikel ist die Übersetzung eines im April 1902 im *Arch. f. Derm. u. Syph.* (LX. Band, 1. Heft) erschienenen Aufsatzes. *Götz-München.*

Annales de Therapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Band III. No. 6. 20. März 1903.

Über Adrenalinum hydrochloricum bei einem Falle von Morbus maculosus Werlhoffii, von Deckers und Meessen. Bei einer mit anderen Mitteln vergeblich behandelten Patientin gaben Verfasser Injektionen einer 1%igen Lösung von Adrenalin in die Fossa posttrochanterica, mit 1 ccm beginnend, bis zu 3 ccm pro die steigend und alsdann wieder abnehmend. Die Hämorrhagien vergingen wie durch einen Zauber, und nach acht Tagen war die Patientin vollständig genesen.

Bericht über einen durch Hamamelis virginica bedingten Fall von schuppendem, scarlatiniformem Erythem, von Lucy-Montluçon. Ein 30jähriger Patient hatte auf Rat eines Apothekers zur Behandlung eines varikösen Beingeschwürs etwa 20 Tage lang täglich ca. 30 Tropfen Hamamelistinktur eingenommen. Nach ungefähr acht Tagen dieser Behandlung war am Gesichte und Brustkorb ein fleckiges Erythem von der Farbe von magerem Schinken hervorgetreten. Gleichzeitig litt Patient an Magenbeschwerden, Kopfweh, Schwindel und Frösteln. Nach Aussetzen

der Tropfen war vier Tage später der Ausschlag verschwunden, und es stellte sich ein feines Schuppen ein.

Zur Verwendung von Formol in der Behandlung der Hyperidrosis plantaris, von VAILLARD und FOLLIASSON. Diese beiden Autoren haben mit der Verwendung von Verbänden mit Formollösung sehr gute Resultate erzielt, und für die französische Armee wird das Mittel zur allgemeinen Verwendung empfohlen. Die lokalen Applikationen sollen einesteils den Geruch beseitigen, andererseits aber auch die Epidermis hart und widerstandsfähig machen und ferner auch die Schweifssekretion vermindern.

Vegetabilische Diät bei chronischer Furunkulose, von GUINSBOURG. Ein 60jähriger Mann mit chronischer Furunkulose, welche sich gegen alle üblichen Behandlungsarten refraktär erwies, erzielte ein vollkommen befriedigendes Wohlbefinden, indem er sich ausschliefslich mit Pflanzenkost nebst Butter und Milch (vier bis fünf Glas täglich) nährte. Verfasser erwähnt ferner als bemerkenswert den Umstand, dafs jede interkurrente fieberhafte Erkrankung die Furunkulose zeitweilig günstig beeinflufste.

Behandlung von Lepra tuberosa mittels Röntgenstrahlen, von OUDIN. Ein 25jähriger Patient mit sehr präcis ausgeprägten Knötchen (16 resp. 18) an beiden Händen wurde längere Zeit hindurch mit den X-Strahlen behandelt. Die Sitzungen dauerten $2^1/_2$ bis $4^1/_2$ Minuten; die Antikathode befand sich in einer Entfernung von 15 cm von der Haut, und abgesehen von einem vorübergehenden Erythem wurden Nachteile nicht konstatiert. Bei der Vorstellung in der medizinischen Gesellschaft erschien die Haut normal, und von den Knötchen waren nur vier an der (behandelten) linken Hand zurückgeblieben. Auch bei dem zweiten, 31jährigen, seit zwölf Jahren erkrankten Patienten mit einer Art von elephantiastischer Verdickung der Gewebe an Händen, trockener, verdickter Epidermis und starker Pigmentierung trat eine ausgesprochene Besserung durch eine ähnliche Behandlung ein.

No. 8. 20. Mai 1903.

Vulvovaginitis bei kleinen Mädchen und Neugeborenen, von R. LABUSQUIÈRE. Verfasser bespricht die blennorrhoische Entzündung der Vulva und Vagina, wobei er namentlich die Arbeiten von PINCUS, BLANDER u. a. citiert, ohne wesentlich Neues zu bringen.

Die Frage von den Quecksilberinjektionen, von ED. DESESQUELLE. (Fortsetzung.) In diesem sechsten Abschnitt seines Aufsatzes handelt Verfasser von den unerwünschten Folgen der Injektionen: Schmerzen, Indurationen, Abscessen, Gangrän, Lymphangitiden, neurotischen Erscheinungen, Embolien und Hämatomen; dieselben sind teils vermeidlich, teils reichen sie nicht hin, um die Vorteile der Methode aufzuwiegen.

No. 9. 5. Mai 1903.

Entwurf für die Einrichtung einer Gesundheitspoliklinik, von L. BUTTE-Paris. (Fortsetzung und Schlufs.) Der ärztliche Dienst an dieser Anstalt umfafst die Untersuchung und Behandlung sowohl der eingeschriebenen Prostituierten, als auch der von der Polizei eingelieferten Personen und anderer, nicht unter Polizeikontrolle stehender Personen. Verfasser bespricht eingehend verschiedene, durch ungenügende Bauverhältnisse sowie durch Überbürdung des ärztlichen Dienstes entstehende Mängel und gibt einen Plan und Grundrifs für ein zweckmäfsig einzurichtendes Gebäude.

No. 10. 20. Mai 1903.

Die Behandlung verschiedener Hautaffektionen, namentlich der Psoriasis, durch ein neues Präparat von permanganasaurem Kalium, von L. BUTTE-Paris.

Die schnelle Zersetzung ist ein Hauptübelstand bei der Verwendung des permangansauren Kaliums. Um diesem Mangel abzuhelfen, hat B. im Verein mit einem Pharmazeuten eine Verbindung mit Aluminium hergestellt, welche seinen Erfahrungen bei fünf Fällen von Psoriasis nach wirksam, nicht schmerzhaft und frei von irgend welchen Nachteilen ist. Man läfst alle zwei Tage die kranken Stellen mit einer Mischung von Aluminium und Permanganat im Verhältnis von 1 : 10 verbinden, läfst das Mittel etwa 20 Minuten einwirken, seift mit einer medikamentösen Seife (Teer, Ichthyol, Ol. cadin.) kräftig ab und entfernt noch nötigenfalls mit Wasserstoffsuperoxyd die dunklen Flecke. Nach 14 Tagen war die Heilung immer fast komplett. Neben diesem Präparate, das durch Vermischung von feinpulverisiertem Permanganat mit dem durch Zersetzung von Alaunlösung durch Kalium gewonnenen Aluminium gelatinosum hergestellt wird, erwies sich ein mit Natronsilikat hergestellter Firnis als sehr nützlich. Bei Lichen und bei Lupus vulgaris erzielte B. auf solche Weise in einzelnen Fällen auch gute Resultate.

No. 12. 20. Juni 1903.

Bemerkungen zu einer Diskussion über Alopecia areata in der „Société belge de dermatologie et de syphiligraphie" (Sitzung vom 10. Mai 1903), von L. Butte-Paris. Bei der genannten Gelegenheit hatten sämtliche Teilnehmer, wenn nicht für die Nichtkontagiosität dieses Leidens sich ausgesprochen, so doch wenigstens für die Zulassung der affizierten Kinder in die Schulen gestimmt. B. hat, entschieden davon überzeugt, dafs von Kontagiosität keine Rede sein kann, stets den Schulbesuch gestattet und nur gefordert, dafs die Patienten eine vorgeschriebene Kopfbedeckung tragen und auf einer Bank für sich gesondert sitzen, um auf diese Weise den Bedenken von Eltern und Lehrern Rechnung zu tragen. In dem an den seinigen angrenzenden Bezirk dagegen wird vom Schularzt den so erkrankten Kindern der Schulbesuch streng verboten. B. fordert eine entscheidende Aussprache über diese Frage seitens der Académie de médecine oder der Société de dermatologie, um wenigstens einheitliche Vorschriften zu erzielen. Der Sitzungsbericht der belgischen Gesellschaft ist ausführlich wiedergegeben.

No. 13. 5. Juli 1903.

Der Gesundheitszustand in Bezug auf Syphilis bei den Prostituierten in den Pariser Bordellen vom Jahre 1872 bis inkl. 1903, von L. Butte-Paris. Mit berechtigter Befriedigung konstatiert B., dafs in den 31 Jahren von 1872 bis einschliefslich 1902 nicht nur die Zahl der Bordelle von 138 auf 48 zurückgegangen ist, sondern dafs auch die Zahl der syphilitischen Infektionen sich gleichzeitig verminderte, und schliefslich im Jahre 1902 nur ein einziger Fall unter 429 Prostituierten konstatiert wurde. Schon vorher war eine Abnahme in der Zahl der Bordelle zu konstatieren; während in den Jahren 1839 bis 1862 die Zahl derselben zwischen 220 und 196 schwankte, waren sie 1870 auf 152 zurückgegangen, aber 1872 gab es unter den 1092 eingeschriebenen Dirnen 261 syphilitische. Die Beseitigung der Erkrankungen führt B. auf die zurzeit obwaltende bessere Kenntnis der Erkrankungsgefahr seitens der Bordellinhaberinnen und deren Personal und auf die von ihnen geübte gröfsere Beachtung hygienischer Mafsregeln zurück. — Immerhin ist das Resultat so erstaunlich günstig anderen Städten gegenüber, dafs man unbedingt noch nach einer anderen Erklärung suchen mufs. Ref.

No. 14. 20. Juli 1903.

Die Frage von den Quecksilberinjektionen, von Ed. Desesquelle. In diesem Abschnitt werden die Indikationen und Gegenindikationen besprochen, ohne aber wesentlich neue Gesichtspunkte beizubringen. (Fortsetzung folgt.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Syphilis und Nierenchirurgie, von MARGULIES. (*Med. Obosrenje.* 1903. S. 323.) Verfasser beschreibt ausführlich folgenden, in Kürze wiedergegebenen Fall von Nierengummata. Die 26jährige Kranke W. liefs sich wegen Fieber und heftiger Schmerzen in der linken Bauchgegend in das Hospital aufnehmen. Anamnestisch ergab sich, dafs die seit sieben Jahren verheiratete Frau dreimal geboren hat. Das erste Mal handelte es sich um einen Abort, das zweite Mal starb das Kind nach sechs Monaten, das dritte Mal nach zwei Wochen und bald nach Geburt dieses letzten Kindes seien bei ihr Geschwüre auf dem Körper aufgetreten. — Status praesens: Aufser strahligen Narben auf dem Körper und vergröfserten Lymphdrüsen fand sich links, unter dem Rippenbogen, eine höckrige, derbe, schmerzhafte Geschwulst. Urinuntersuchung ergab: Vorhandensein von 0,1 ‰ Eiweifs, hyaline, gekörnte und wachsartige Cylinder in geringer Zahl. Bei der cystoskopischen Untersuchung und der Untersuchung der Ureteren mittels Katheter ergab sich, dafs beide Nieren funktionieren. Es wurde eine syphilitische Nephritis diagnostiziert und eine dementsprechende Behandlung eingeleitet. Da aber trotzdem die Erscheinungen nicht besser, sondern eher schlimmer wurden, indem die Kopfschmerzen der Kranken sich bis zur Unerträglichkeit steigerten und die Temperatur alle Abend auf 40° stieg, wurde zur Klärung der Diagnose ein operativer Eingriff gewagt. Es zeigte sich, dafs das Gewebe in der Umgebung der linken Niere in gelatinöse Massen umgewandelt und die Nierenkapsel fest verwachsen mit der Umgebung war. An einer Stelle wurde die Kapsel eingeschnitten, es entleerte sich ein Teelöffel grauweifser Eiter. Der in den Einschnitt eingeführte Finger konnte nicht die Verwachsungen trennen. Da die gelatinösen Massen durchaus nicht an sarkomatöse, sondern vielmehr an gummöse Veränderungen erinnerten, wurde nur ein Stückchen derselben zu Untersuchungszwecken exstirpiert und die Wunde geschlossen. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die erstere Annahme und machte die zweite wahrscheinlich. Unter einer gründlichen Schmierkur genas die Frau. *Arth. Jordan-Moskau.*

Ein Fall von Nephritis parenchymatosa syphilitica, von F. MÜHLIG-Konstantinopel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 12.) Kurze Mitteilung über einen Fall von Nephritis parenchymatosa syphilitica, die etwa 14 Tage nach dem Auftreten eines harten Schankers einsetzte. Erst sieben Wochen nach Beginn der Nephritis stellten sich die Zeichen der luetischen Allgemeininfektion, Roseola, Schwellung der Occipital- und Cubitaldrüsen, sowie Plaques muqueuses auf der Mundschleimhaut, ein. Die syphilitische Natur der Nephritis wurde durch den Umstand erwiesen, dafs Bettruhe, Schwitzbäder und Milchdiät keine nennenswerte Besserung herbeiführten, während Sublimatinjektionen alle nephritischen Erscheinungen sehr rasch zum Verschwinden brachten. *Götz-München.*

Über einen Fall von Nephritis syphilitica, von COLMAYER. (*Giorn. internas. delle Scienze med.* 1903. No. 1.) Der Fall bezieht sich auf einen 34jährigen Mann, der sich im 15. Jahre spezifisch infizierte und bei dem sich nun nach 19 Jahren nephritische Symptome mit hohem Eiweifsgehalt einstellten, die aber nach gehöriger Durchführung einer antiluetischen Behandlung verhältnismäfsig rasch verschwanden. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von geheiltem syphilitischen Irresein in der Art des paralytischen Irreseins, von P. Kéraval und P. Caudron. (*Presse méd. belge.* 1902. No. 47.) Es handelt sich um einen 41jährigen Mann, der an Überarbeitung, Alkoholismus und Syphilis litt. Sein Getränk pflegte Champagner mit einem Schuſs Kognak zu sein. Er schlief nachts nur zwei Stunden, von 2—4 Uhr. Dieser Kranke, dessen spezifische Infektion unbestimmte Zeit zurückliegt, erkrankte nach einem hohen Spielverlust an plötzlichem Irresein. Er entkleidete sich völlig, so daſs er von einem Polizisten ins Spital gebracht werden muſste. Er hielt sich für Gott, wuſste nicht, wo er war noch woher er kam. Es bestanden daneben folgende somatische Veränderungen: fibrilläre Zuckungen in Zunge und an Händen. Pupillendifferenz. Reaktion der Pupillen herabgesetzt. Reflexe der Sehnen verschwunden. Deutliche Arteriosklerose. Nachdem mehrere Monate lang mit Brompräparaten und Chloral keinerlei Besserung erzielt worden war, traten plötzlich syphilitische Papeln an den Beinen auf. Darauf sofort Traitement mixte. Kein Erfolg. Letzterer zeigte sich erst nach einer mehrmonatigen starken Behandlung mit Jod, Chloral und Sublimatinjektionen. Alle zwei Tage, beziehentlich täglich, wurden 0,02 g Sublimat mittels der Le Pileurschen Spritze injiziert. *Hopf-Dresden.*

Zur Symptomatologie der syphilitischen Paraplegia spasmodica, von Marie. (*Soc. méd. des Hôpit.* Febr. 1902.) Die spasmodische Paraplegie ist, nach der Tabes, die häufigste syphilitische Myelopathie. Das am meisten charakteristische Symptom bei derselben ist selbstverständlich der spasmodische Gang, welcher aber mehr eine Folge der Muskellähmung im Gebiete der Beuger der unteren Extremität ist denn als des Spasmus der Extensoren; die Psoasfunktion ist meist abgeschwächt, in weniger intensivem Grade sind die Beuger des Fuſses und des Knies befallen. Besonderer Art sind die Störungen von seiten der Sphinkteren: es besteht nicht eine eigentliche Inkontinenz, indem die Patienten das Gefühl beibehalten haben, daſs sie urinieren oder den Stuhlgang entleeren müssen, dagegen fehlt ihnen das Vermögen Stuhl und Urin zurückzuhalten. Die Emotivität ist oft krankhaft erhöht, indem die Patienten in Lach- und Weinkrämpfe ausbrechen. *C. Müller-Genf.*

Zur Behauptung von der Quecksilberätiologie der Tabes, von Paul Cohn-Charlottenburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. No. 10.) Verfasser tritt auf Grund einer gut geführten Statistik der Behauptung entgegen, daſs die Tabes viel seltener eine Folge der Syphilis selbst, als eine Folge der Quecksilberbehandlung sei. Er konstatiert, daſs gerade nicht die „bösartigen" Formen der Lues die gefährlichsten im Sinne einer späteren Tabes sind, die latente Lues ist die folgenschwere. Von den 86 Tabikern seiner Statistik haben nur 23 überhaupt jemals Quecksilber erhalten, für die übrigen 63 ist es somit von vornherein sicher, daſs ihre Tabes nicht vom Quecksilber herrühren kann. Jedenfalls warnt C., das bewährte Quecksilber aus Tabesfurcht abzuschaffen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Bedeutung der Syphilis in der Pathogenese der Tabes, von Wilhelm Friedländer-Berlin. (*Therap. Monatsh.* April 1903.) Fr. ist Gegner der Fournier-Erbschen Lehre von der Bedeutung der Syphilis für die Ätiologie der Tabes. Er stimmt Gläsers Vorschlag zu, bei einer Sammelforschung an Stelle der Frage: „Wieviel Tabetiker hatten Lues?" die Frage zu setzen: „Wieviel Luetiker bekommen Tabes?" Schon die zahlreichen, bereits vorliegenden Statistiken, namentlich aus den warmen Ländern, legten ein auffallendes Miſsverhältnis zwischen der Häufigkeit der Syphilis und der Seltenheit der Tabes dar. Danach könnte die Syphilis weder die alleinige Ursache der metasyphilitischen Krankheiten sein, noch auch nur der wichtigste Faktor. Dieser sei vielmehr, im Hinblick auf die Resultate von Edingers experimentellen Forschungen, in der Hyperfunktion des sensiblen Systems zu suchen,

der man früher nur eine sekundäre, nebensächliche Bedeutung zuzuweisen geneigt war. Dementsprechend werde voraussichtlich Hg und Jod aus der Therapie der Tabes ganz verschwinden, hingegen die bisher übliche Behandlung — Einhaltung grofser körperlicher Ruhe, reichliche, aber möglichst wenig fettbildende Nahrungszufuhr, mafsvolle Hydrotherapie — als eine mehr denn symptomatische gelten.

M. Levor-Frankfurt a. M.

Über syphilitische Pseudotabes und die Differentialdiagnose von Tabes, von Joseph Collins-New York. (*New York med. journ.* 28. März und 4. April 1903.) Im Anschlufs an einen selbst beobachteten und genau beschriebenen Fall von sog. Pseudotabes, welcher einen 47jährigen Arbeiter betraf und zur Sektion kam (der mikroskopische Befund des Rückenmarks ist ausführlichst unter Beifügung von 15 Zeichnungen wiedergegeben) macht Verfasser den etwas undankbaren Versuch, diese syphilitische Pseudotabes von der wirklichen Tabes, welche sich auf die graue Degeneration der Hinterstränge beschränkt, differentialdiagnostisch zu trennen; nicht minder schwierig ist oft, wie C. selbst zugibt, die Unterscheidung dieser Affektion von multipler Neuritis und von spinaler Arteriosklerosis (mit oder ohne allgemeine Arteriensklerose). Die syphilitische Pseudotabes kann zuweilen diagnostiziert werden, wenn Symptome von Tabes bei Individuen vorkommen, welche Syphilis durchgemacht haben, speziell, wenn sie wenige Jahre nach der Infektion auftreten und der Verlauf des Nervenleidens ein atypisches ist, d. h. wenn 1. das eine oder andere Symptom von unverhältnismäfsiger Schwere ist oder das klinische Bild plötzlich sich ändert, was durch Erkrankung eines ganz verschiedenen Abschnittes des Rückenmarks oder der Nervenfasern bedingt ist, 2. die Kniereflexe in ganz besonderer Weise sich zeigen (völliges Fehlen auf der einen und Vermehrung auf der anderen Seite, Wiedereinstellung der Reflexe auf einer oder beiden Seiten), 3. wenn zu den Symptomen von Tabes solche von Erkrankung der Seitenstränge sich zugesellen (einseitige Mydriasis, Iridoplegie), 4. regelmäfsig, wenn beträchtliche oder stets zunehmende Besserung auf antisyphilitische Behandlung eintritt; besonders gut reagiert die Pseudotabes auf grofse Dosen Jodkalium (bis 11 g pro Tag), während dieselben bei der wirklichen Tabes von ausgesprochen schädlicher Wirkung sind. Neuritis optica bei einem Patienten mit Symptomen von Tabes, sekundäre Opticusatrophie oder irgend eine andere Affektion des N. opticus, welche unter antisyphilitischer Behandlung sich bessert, sollte immer an eine syphilitische Affektion des Rückenmarks und an eine parasyphilitische denken lassen. Schliefslich 5. ist die Verbindung von motorischer Lähmung mit den Symptomen von Tabes, mag sie in Erkrankung des Gehirns, des verlängerten oder des Rückenmarks ihren Ursprung haben, fast immer beweisend für eine genuine syphilitische Erkrankung. C. führt zur Illustrierung dieser Tatsachen Fälle aus der Literatur (Oppenheim, Valentin) an. Tabes kann ferner mit syphilitischer Meningitis kompliziert sein, ohne dafs erstere von dieser abhängt, diese sog. exsudative Syphilis zeigt para- und reinsyphilitische Symptome. Eine Verwechslung von Tabes mit multipler Sklerose kann möglich sein, wenn dieselbe sich auf die Hinterstränge noch beschränkt, aber kaum mehr, wenn andere Teile ergriffen werden und die charakteristischen Symptome, wie Tremor, Nystagmus, Sprachstörungen eintreten. Besonders hebt C. zwei Symptome der Tabes, die Pupillenreaktion und die Kniereflexe, als solche hervor, welche die Unterscheidung von den oben genannten Affektionen des Rückenmarks meist ermögliche; es würde überhaupt Tabes nicht so oft mit anderen Erkrankungen verwechselt werden, wenn man sich stets Zeit und Mühe zu einer gründlichen syphilitischen Untersuchung gäbe.

Stern-München.

Über juvenile Tabes und ihre Beziehungen zur hereditären Syphilis, von P. Linser. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 15.) Beschreibung eines Falles von

juveniler Tabes, die bei einem 15jährigen Mädchen mit Kopfschmerzen und Schwindelgefühl eingesetzt, fünf Jahre später zum Auftreten lancinierender Schmerzen und nach weiteren fünf Jahren zu Pupillenstarre, Erlöschen der Patellarreflexe und Parästhesien geführt hatte. Späterhin zeigte sich aufserdem noch das Rombergsche Phänomen und Anisokorie, im übrigen aber war ein vollständiger Stillstand in den Krankheitserscheinungen eingetreten, Ataxie war 19 Jahre nach Beginn der Erkrankung noch nicht zu konstatieren. Wie nahezu alle bisher beschriebenen Fälle von juveniler Tabes weist also auch dieser Fall ein sehr langsames Fortschreiten auf. Die Kranke hatte in ihrer Kindheit vielfach an angeblich skrophulösen Hautausschlägen, Drüsenschwellungen und Augenentzündungen gelitten. Ihr Vater hatte sich ein Jahr vor ihrer Geburt luetisch infiziert, war später an progressiver Paralyse erkrankt und im Irrenhause gestorben. Es erscheint demnach sicher, dafs auch dieser Fall von juveniler Tabes durch hereditäre Syphilis verursacht war. — Dafs antiluetische Kuren irgend welchen günstigen Einfluſs auf die juvenile Tabes haben, glaubt der Verfasser nicht. *Götz-München.*

Über die Bedingungen zu erfolgreicher Behandlung der syphilitischen Tabes, von Duhot. (*Annal. policl. centr.* 1892. S. 241.) Die Vorbedingungen wirksamer therapeutischer Beeinflussung der Tabes sind energische Therapie und frühzeitige Diagnose. Von Merkurpräparaten kommt nur das Kalomel in Betracht, welches mit hohen Dosen Jodkalium zu verbinden ist. Das Kalomel verdient als wirksamstes Quecksilbersalz wegen der Schnelligkeit der Wirkung den Vorzug, und weil es von Kranken, deren Nervensystem durch die Lues gelitten hat, am besten vertragen wird, sogar in hohen Dosen. So gab es Duhot mit Spehl zusammen in einem Falle von Tabes in zwölf Einspritzungen von 0,1 cg. Das Jod gibt man am besten als Jodkalium, nur mufs das Präparat chemisch rein sein. Als Ersatz ist das Jodipin dem Jodalbacid vorzuziehen. Unterstützt wird die medikamentöse Behandlung durch Applikationen von heifsem Wasser, Elektrisieren, kaustischen Eingriffen auf der Haut längs der Wirbelsäule, sowie durch Phototherapie. Der Hauptwert des Behandlungserfolges liegt in der möglichst frühen Erkennung der Krankheit. Unter den klassischen Symptome der beginnenden Tabes nimmt das Argyll-Robertsonsche Phänomen den ersten Platz ein. *Hopf-Dresden.*

Verschiedenes.

Wachsmodelle ungewöhnlicher Bilder von Hautkrankheiten, von J. Frank Wallis-Philadelphia. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 17. Jan. 1903.) Abbildung der Moulagen von folgenden Fällen:

1. Urticaria factitia.
2. Corum cutaneum am Handrücken.
3. Psoriasis bei einem kleinen Mädchen in der oberen Schenkel- und unteren Bauchgegend.
4. Akutes Granulom der Haut an beiden Unterschenkeln (möglicherweise Aktinomykose). *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 37. No. 7. 1. Oktober 1903.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Eine neue Darstellung der Epithelfasern und die Membran der Stachelzellen.

Von

P. G. Unna.[1]

Mit einer Farbentafel.

Im vorigen Jahre veröffentlichte ich neue Untersuchungen über die Färbung des Kollagens[2] und erwähnte bei dieser Gelegenheit, dafs die Wasserblau + Orcein-Methode (S. 395) u. a. auch die Epithelfasern in spezifischer Weise darstelle. Die nahen Beziehungen gerade der Farben Wasserblau und Orcein zur Epithelfaserung waren mir nicht gerade neu, da ich schon vor mehreren Jahren in einem eigenen Artikel über Färbung der Epithelfasern[3] die successive Behandlung der Schnitte mit Wasserblau und Orcein empfohlen hatte. Das Neue war nur die Darstellung der Fasern in einem Akt durch eine Mischung beider Farben. Dieselbe versprach bei genügender Durcharbeitung zu einer vorzüglichen Methode sich entwickeln zu lassen, und so machte ich mich denn nach Abschlufs der Kollagenmethoden an diese neue Aufgabe. Eine neue und gute Methode der Epithelfaserung auszuarbeiten, erschien besonders deswegen als ein lockendes Ziel, weil die bisher allgemein gebräuchlichen Gentiana-Jodmethoden so launisch und vom persönlichen Geschick des Darstellers abhängig sind, dafs die wenigen Autoren, welche sie beherrschen, fast sämtlich zu abweichenden Resultaten hinsichtlich der damit dargestellten Strukturen, wie der Lagerung der Fasern, der Ranvierschen Knötchen, der Herxheimerschen Spiralen u. s. f., gekommen sind. Nachdem ich auf allerdings grofsen Umwegen endlich dieses Ziel erreicht habe, stellt es sich nun heraus, dafs diese neue Methode, die Epithelfasern darzustellen, nicht

[1] Nach einer Demonstration im Biologischen Verein zu Hamburg.
[2] *Diese Zeitschrift.* 1902, Bd. 34. S. 359.
[3] *Diese Zeitschrift.* 1894. Bd. 19. S. 3.

nur diese selbst besser kennen lehrt, sondern auch über manche andere, bisher dunkle Epithelstrukturen Aufschluſs gibt. Es ist daher für jene Fachkollegen, welche sich für den Gegenstand interessieren, vielleicht nicht ohne Interesse, das Nähere über die Genese dieser sehr brauchbaren Methode zu erfahren, wobei ich mich indessen bemühen werde, nur die Hauptpunkte, gleichsam die Richtungslinien anzugeben, nach denen ich gearbeitet habe. Eine ausführliche Darstellung würde viel zu weit führen; denn in einer ärgeren Zickzacklinie ist wohl noch keine neue Färbemethode gewonnen worden. Ich ging von der Tatsache aus, daſs mittels der Wasserblau + Orceinmischung für Kollagenfärbung die Epithelfasern blau gefärbt werden, und bemühte mich lange, durch Eosin eine rote Kontrastfärbung des Protoplasmas zu erhalten. Als Ziel schwebten mir also blaue Fasern in rotem Protoplasma vor; jetzt, wo die Methode feststeht, ergibt sie rote Fasern in blauem Protoplasma.

Meine ersten Bemühungen gingen dahin, die blaue Färbung der Epithelfasern[4] und Intercellularbrücken zu verstärken. Ich kam daher von der ursprünglichen Mischung für Kollagen:

Orcein (Grübler)	1,0
Wasserblau	0,25
Alkohol. absol.	60,0
Glycerin	10,0
Wasser ad	100,0

allmählich zu Mischungen, in denen viel mehr Wasserblau und zu weiterer Verstärkung des Blaus ein Zusatz freier Säure vorhanden war, und schlieſslich zu folgender:

Orcein (Grübler)	1,0
Wasserblau	1,0
Eisessig	5,0
Glycerin	20,0
Alkohol. absol.	50,0
Aqua dest. ad	100,0

Eine weitere Versuchsreihe wurde sodann angestellt, um den Einfluſs der vorhergehenden Fixation auf die Färbung der Epithelfasern mit obiger Mischung kennen zu lernen, insbesondere mit Material, welches in Tannin, Formalin und Chromsäure fixiert war, da ich schon früher beobachtet hatte, daſs an solchem die Epithelfaserung oft deutlicher als gewöhnlich hervortritt. Diese Fixationen ergaben jedoch keine besseren Färbungen als die einfache Alkoholhärtung und wurden infolgedessen wieder aufgegeben.

---

[4] Zu allen folgenden Versuchen dienten, wie gewöhnlich, Schnitte von spitzen Kondylomen.

Es folgten nun Versuche, die mit Wasserblau + Orcein gefärbten Schnitte partiell mittelst Eosin umzufärben, um das Protoplasma in roter Kontrastfarbe zu erhalten. Hierzu benutzte ich wässerige und alkoholische Lösungen von Eosin, und als ich hiermit nicht zum Ziele kam, eine konzentrierte Lösung von Eosin in Anilin. Diese ergab noch die besten Resultate, aber dieselben waren weder in Hinsicht auf die Tiefe der Färbung, noch rücksichtlich der Konstanz des Resultates befriedigend, und ich kam durch diese Versuche mehr und mehr zu der Überzeugung, dafs der ganze Weg ein unrichtiger war. Offenbar hielt das mit Orcein gleichzeitig gebeizte Protoplasma das Wasserblau viel zu fest, um es leicht an das nachfolgende Eosin abzugeben, und wenn eine Neufärbung zu stande kam, waren regelmäfsig auch die Epithelfasern und Intercellularbrücken umgefärbt. Ich kam daher auf den Gedanken, das Eosin von vornherein der Wasserblau + Orceinmischung einzuverleiben, um auf diese Weise vielleicht eine einzeitige Doppelfärbung zu erzwingen. Auch dieses Triacid hatte nicht den gewünschten Erfolg; das Wasserblau blieb im Besitz sowohl des Protoplasmas wie der Epithelfasern.

Dagegen wurden mit einem Male die Resultate brauchbar, als ich mit der Idee vollständig brach, Epithelfasern und Protoplasma mit zwei sauren Kontrastfarben darstellen zu wollen, und als ich statt dessen eine Nachfärbung der mit dem Triacid gefärbten Schnitte mittels einer roten, basischen Farbe (Fuchsin, Pyronin, Safranin) vornahm. Unter den letzteren bewährte sich am meisten Safranin, und zwar waren es die Epithelfasern, welche nun die rote, basische Farbe annahmen, während das Protoplasma das Wasserblau auch jetzt noch festhielt. Dafs die Epithelfasern im Gegensatz zum Protoplasma basische Farben festhalten, ist eine allbekannte Tatsache; denn die bisher gebräuchlichste Darstellung derselben war ja die mittels Gentianaviolett. Nur war diese letztere in der Handhabung nicht leicht und im Resultat nicht gleichmäfsig genug und die ganz einfache und durchaus gleichmäfsige Anfärbung der Fasern durch Wasserblau + Orcein schien daher eine bessere Methode zu gewährleisten. Die Versuche aber, die Anfärbung durch saure Farben zu einer Kontrastfärbung zu gestalten, zeigten deutlich, dafs unter beiden zu färbenden Elementen die Epithelfasern die schwächer acidophilen waren und dafs somit der gewünschte Kontrast doch wieder auf die Basophilie — nicht auf die Acidophilie — der Epithelfasern sich gründen müsse. Nachdem ich dieses einmal erkannt, bewegten sich die weiteren Versuche lediglich in der Richtung, das gesamte Fasersystem, mit Einschlufs der feinsten Fasern, safraninrot zu erhalten und zu den safraningefärbten Epithelfasern die beste blaue Kontrastfärbung des Protoplasmas zu finden.

Wenn man einen mit der Wasserblau + Orcein + Eosin + Essigmischung blaugefärbten Schnitt mit einer 1%igen wässerigen Safranin-

färbung behandelt, so färbt derselbe sich zunächst vollständig rot um, gibt aber in Alkohol alles Safranin wieder ab, mit Ausnahme der dicksten Epithelfasern, der Spiralen, der meisten Intercellularbrücken und der Kernkörperchen. Es entsteht somit eine Färbung des Fasersystems, sehr ähnlich dem Bilde desselben, wie es meist mittels der Gentiana-Jodmethode hervorgebracht wird. Um die feineren Fasern, und vor allem die Fasern innerhalb ihres intracellulären Verlaufes, rot zu erhalten, erweist es sich als durchaus notwendig, den Schnitt nach der Safraninbehandlung zu beizen. Die nächsten Versuchsreihen bezogen sich daher auf die Ermittlung der zweckmäfsigsten Beize für die feineren und die in Protoplasma eingebetteten Epithelfasern.

Ich ging hierbei vom Tannin aus, welches in einer schwächeren Lösung benutzt wurde (1—2%), um nur die fixierende Eigenschaft der Gerbsäure ausnutzen; die entfärbende kommt bekanntlich nur den höher prozentuierten Lösungen (20—33%) zu. Das Tannin in schwächerer Lösung erwies sich als sehr geeignet für den vorliegenden Zweck, da es nicht blofs das basische Safranin, wo dasselbe an und für sich schwächer fixiert ist, festhält, sondern in seiner Eigenschaft als Säure die empfindliche blaue Gegenfarbe (Wasserblau) konserviert, so dafs ein schöner Kontrast zwischen roten Fasern und blauem Protoplasma entsteht. Ein gewisser Nachteil des Tannins besteht in seiner Neigung, Safranin-niederschläge hervorzurufen, besonders wenn mehrere Schnitte hintereinander in einem Schälchen damit behandelt werden. In dieser Beziehung haben sich Chromsäure und besonders doppeltchromsaures Kalium (in ½%iger Lösung) mehr bewährt. Von anderen Beizen hebe ich noch rotes Blutlaugensalz, Formalin und Eisenbeize[5] hervor, die mehr oder minder alle brauchbar sind, aber wegen ihres mehr basischen Charakters leicht die Wasserblaufärbung beeinträchtigen. Nach vielen Versuchen bin ich definitiv bei einer ½%igen Lösung von Kalium bichromicum stehen geblieben.

Eine weitere Versuchsreihe, mit der Absicht, die Beize gleich der Safraninlösung einzuverleiben, ergab kein brauchbares Resultat, da die Schnitte fast immer durch Niederschläge verunreinigt wurden. Am besten erwies sich in dieser Richtung noch eine Safraninlösung in Karbolwasser. Dieselbe ist, vorsichtig gebraucht und gut filtriert, zu empfehlen, jedoch durchaus nicht notwendig.

Nach Festlegung der besten Anwendungsweise des Safranins beschäftigten sich mehrere Versuchsreihen mit der Ausarbeitung der besten Protoplasmafärbung. Auf diese ist zunächst die Art der Fixierung des Materials von gröfstem Einfluss. In Formalin fixiertes Gewebe eignet sich

[5] Von Grübler durch Behandlung von Eisenchlorid mit Resorcin hergestellt.

für Epithelfaserfärbung im allgemeinen sehr gut, aber eigentlich nur deshalb, weil das Formalin eine starke Affinität zum Protoplasma hat, deswegen jede spätere Färbung des Protoplasmas abschwächt und somit per Kontrast auf hellerem Grunde die Fasern stärker gefärbt hervortreten läfst. Es besteht hier ein ähnliches Verhältnis wie beispielsweise beim weichen Schanker, wo die Formalinfixierung die spätere Protoplasmafärbung durch pol. Methylenblaulösung stark abschwächt und dadurch die Färbung der Streptobacillen mittels desselben Farbstoffs ungemein begünstigt. Wir erhalten also, dieselbe Färbungsprozedur vorausgesetzt, bei einem Material, welches durch Formalin fixiert ist, leicht dunkelrote Epithelfasern neben schwach blau gefärbtem Protoplasma. Diese im ganzen heller aussehenden Präparate sind nun gar nicht zu verwerfen, da bei ihnen der Verlauf der Fasern innerhalb der Epithelien gerade ganz besonders gut und leicht zu verfolgen ist. Dieselbe Färbungsprozedur ergibt an einem Material, welches nur in Alkohol fixiert und gehärtet war, ebenso tiefrote Epithelfasern neben einem dunkelblauen Protoplasma. In solchen Präparaten ist der Faserverlauf zwischen den Epithelien wegen des grellen Farbenkontrastes besonders schön, aber die Beobachtung der Fasern innerhalb der Epithelien ist erschwert und diese ebenfalls sehr brauchbaren Präparate eignen sich daher am besten für Übersichtspräparate bei mittelstarken Vergröfserungen.

Von sonstigen Fixierungen erwähne ich noch Chromsäure und Tannin, um vor denselben zu warnen. Chromsäurepräparate zeigen in erhöhtem Mafse die Abschwächung der Protoplasmafärbung und sind daher für Doppelfärbungen nicht zu brauchen. Tanningebeiztes Gewebe färbt sich dagegen „zu gut", d. h. es färbt sich in toto wasserblau oder in toto safraninrot; die Differenzen sind durch zu starke Beizung ausgeglichen. Aufserdem färben sich noch unendlich viele, sonst unsichtbare Eiweifskörnchen im Schnitte und verdecken alle übrigen Strukturen bis zur Unkenntlichkeit.

Ich kann nach meinen Versuchen mithin nur die Fixierung in Formalin und in Alkohol absolutus für eine Doppelfärbung der Epithelien und ihrer Fasern empfehlen; beide Fixierungen ergänzen sich auf das beste.

Eine Zeit lang schien es nun, als sei die nach den soeben erörterten Grundsätzen ausgeführte Methode bereits die definitive, unter allen Umständen zum Ziele führende. Da kamen eigentümliche Überraschungen, indem die Methode mit neu angesetzten, scheinbar völlig identischen Farbmischungen mehrfach völlig versagte. Da zwei der Farbkomponenten, Wasserblau und spritlösliches Eosin, als chemisch rein und bei allen Versuchen als identisch zu betrachten waren, konnte es sich nur um Verschiedenheiten des Orceins von GRÜBLER handeln, dessen genauere chemische Zusammensetzung noch nicht bekannt ist. Nun weifs jeder Histologe,

dafs die Güte der durch Orcein bewirkten Elastinfärbung ganz von der Natur des gerade vorliegenden Orceins abhängt und dafs nur einzelne, ganz bestimmte der vielen von GRÜBLER dargestellten Orceinsorten sich zur elektiven Elastindarstellung eignen. Etwas ganz Ähnliches erfuhr ich hier bei der Epithelfaserdarstellung; eine grofse Reihe der mir von Dr. GRÜBLERS Laboratorium zur Verfügung gestellten Orceine gaben unbrauchbare Mischungen; einzelne Orceinsorten aber wieder brauchbare, ohne dafs es gelingen wollte, diese verschiedenen Resultate auf prinzipielle Differenzen in der Darstellung des Orceins zurückzuführen. Diese Unsicherheit drohte, die ganze Methode zu einer wenig vertrauenswerten zu gestalten, und hat die doch schliefslich erfolgende Festlegung derselben mehr als ein Jahr aufgehalten. Mit den Einzelheiten der Versuche, die Unsicherheit in betreff des Orceins aufzuheben, will ich den Leser verschonen. Nur im allgemeinen sei bemerkt, dafs mir dieses durch Zusatz von verschiedenen Beizen gelang, unter welchen schliefslich eine wässerige Hydrochinonlösung alle anderen an Sicherheit übertraf. Mit diesem Zusatze erwiesen sich sämtliche Orceinsorten von GRÜBLER in der Dreifarbenmischung als durchaus brauchbar, und damit war die neue Epithelfasermethode endlich zu einem definitiven Abschlufs gekommen.

Eine so komplexe Färbemethode wie diese Wasserblau + Essig + Orcein + Eosin + Hydrochinon — Safranin — Kalium bichrom.-Methode wird wohl niemand benutzen, ohne sich die Frage vorzulegen, ob denn wirklich alle einzelnen Bestandteile notwendig seien und ob man nicht auf einfacherem Wege zu demselben Ziele gelangen könne. Da schliefslich doch nur zwei Farben, Wasserblau und Safranin, das Bild beherschen, so erscheinen vor allem Eosin und Orcein überflüssig. Hierüber kann natürlich nur der Versuch entscheiden; man läfst von der schon bewährten Mischung successive einzelne Bestandteile fort, prüft das Resultat der Ausfärbung und vergleicht es mit dem der vollständigen Mischung. Zu meinem Erstaunen fand ich nun, dafs ich von der Zusammensetzung des Triacids, wie es sich allmählich empirisch entwickelt hatte, in keiner Weise qualitativ oder quantitativ abweichen durfte, wollte ich nicht das ganze Resultat aufs Spiel setzen. Diese Erkenntnis bewog mich, den Anteil jedes einzelnen Bestandteiles durch eigene, daraufhin angestellte Versuchsreihen zu erforschen. Zu diesem Zwecke hat man nur nötig, von einem Bestandteile der Farbmischung ausgehend, der Reihe nach die übrigen zuzusetzen, bis die komplexe Farbmischung wieder vorliegt, und die Resultate der Teilfärbungen mit einander zu vergleichen. Man erfährt dann den Einfluss, den jeder hinzukommende Bestandteil für das Gesamtbild besitzt, und zwar um so sicherer, je vollständiger man alle möglichen Variationen in der Wahl des Ausgangspunktes und der Reihenfolge der Zusätze berücksichtigt. Ich habe sämtliche in Betracht kommenden Teilfärbungen ausgeführt,

brauche aber nicht die Resultate aller mitzuteilen, da viele vorauszusehen und selbstverständlich sind. Dagegen werde ich einige genauer mitteilen, welche auf die färberische Wirksamkeit der Komponenten ein unerwartetes, neues Licht werfen.

Die Methode benutzt vier Farben, drei saure und eine basische, und drei Beizen, wenn wir der Essigsäure auch den Rang einer solchen geben wollen. Diese hat natürlich nur den Zweck, die Färbung mit Wasserblau zu verstärken und zu sichern, ist aber hierfür auch unbedingt nötig. Einen verstärkenden Einfluſs auf die Orceinfärbung und Eosinfärbung besitzt die Essigsäure nicht. Sie bildet daher zusammen mit Wasserblau gleichsam nur einen einzigen unter den in Betracht kommenden Faktoren und kann daher für sich auſser Betracht gelassen werden.

Die Bedeutung des Wasserblaus im Gegensatz zu den anderen beiden sauren Farben liegt darin, daſs es ohne weiteres den gesamten Faserapparat (besonders in angesäuerter Lösung) anfärbt, allerdings gleichzeitig mit dem Epithelprotoplasma, aber doch so, daſs die Intercellularbrücken als solche überall deutlich hervortreten. Diese saure Vorfärbung des Faserapparates inner- und auſserhalb des Protoplasmas ist aber durchaus notwendig, wenn die eigentliche, spätere Färbung derselben mit dem basischen Safranin haften soll. Weder gelingt es, von vornherein und direkt das Fasersystem safraninrot zu färben, noch genügt hierzu eine Vorbehandlung mit Eosin oder Orcein. Eine solche hat im besten Falle den Erfolg, daſs die allerdicksten Fasern und Spiralen etwas Safraninrot aufnehmen, wie folgende Tabelle zeigt:

A.

	Hydrochinon	Eisessig	Eosin	Orcein	Wasserblau	Safranin u. Kalium bichrom.	Resultate
1	+	+	−	+	−	+	Fasern ungefärbt; Protoplasma rot
2	+	+	+	−	−	+	Nur die dicksten Fasern safraninrot; alle übrigen Fasern ungefärbt; Protoplasma schwach rot
3	+	+	+	+	−	+	
4	+	+	−	−	+	+	Fasern dunkelblauviolett; ebenso Protoplasma
5	+	+	+	−	+	+	Fasern rotviolett; Protoplasma blauviolett bis blau

	Hydrochinon	Eisessig	Eosin	Orcein	Wasserblau	Safranin u. Kalium bichrom.	Resultate
6	+	+	−	+	+	+	Fasern rotviolett; Protoplasma blau bis blauviolett
7	+	+	+	+	+	+	Fasern safraninrot; Protoplasma blau bis blauviolett

In dieser Tabelle A zeigt Versuch 1, dafs nach Vorfärbung in einer Mischung von Hydrochinon, Eisessig und Orcein überhaupt keine Faserfärbung durch Safranin und Chrombeize stattfindet und dafs, wenn man Orcein durch Eosin ersetzt, nur die allerdicksten Fasern und ein Teil der Spiralen safraninrot werden (A 2); hierbei ist ein gleichzeitiges Vorhandensein von Orcein neben Eosin (A 3) nicht hinderlich. Eine Anfärbung sämtlicher Fasern findet aber erst bei Ersatz des Orceins resp. Eosins durch Wasserblau statt (A 4). Dann werden alle Fasern ebenso wie das Protoplasma dunkelblauviolett, indem alles Wasserblaugefärbte einen leichten Safraninton annimmt. Auf diese Weise erhält man keinen Gegensatz in der Färbung von Protoplasma und Fasern, aber man erhält die letzteren doch wenigstens angefärbt. Dieser gewünschte Gegensatz tritt erst hervor, wenn in der zur Vorfärbung benutzten Mischung noch die anderen sauren Farben vorhanden sind, und zwar sind in dieser Hinsicht Orcein und Eosin nicht gleichwertig. Beide Zusätze haben insofern einen ähnlichen Effekt, als die damit angefertigten Präparate ein wesentlich klareres Bild liefern; diese gröfsere Klarheit beruht auf einer partiellen Entfärbung, indem das dabei stärker gefärbt Gebliebene schärfer konturiert hervortritt. Beide sauren Farben schwächen also als Zusatz zum Wasserblau dieses ab, jedoch in verschiedener Weise. Der Zusatz von Eosin läfst die Fasern zwischen den Zellen stärker hervortreten, nämlich dort, wo man bisher einen von den Fasern überbrückten, freien Lymphraum zwischen den Epithelien annahm und wo wir jetzt eine solide, ungefärbte Zellmembran erblicken.[5] Der Eosinzusatz entfärbt mithin hauptsächlich diese Zellmembran oder — genauer gesagt — verhindert in der Farbmischung die Wasserblaufärbung dieser Membran, während er das innere Zellprotoplasma und die die Membran radiär durchsetzenden Fasern nicht blofs sich mit Wasserblau gut anfärben läfst, sondern diesen Elementen selbst auch einen leichten Stich ins Rötliche verleiht, d. h. eine ganz schwache Eosinfärbung bewirkt, die gerade nur hinreicht, den grünlichblauen Ton des Wasserblaus

[5] Hierüber s. unten.

in einen gesättigt blauen zu verwandeln. Das Resultat des Eosinzusatzes ist mithin: gesättigt blaues Protoplasma, in welchem die Fasern nicht gut hervortreten, und helle, den Membranen entsprechende Zwischenräume, welche durch gesättigt blaue und daher sehr deutlich kontrastierende Fasern durchzogen werden.

In ganz anderer Weise schwächt der Orceinzusatz die Wasserblaufärbung ab. Er verhindert eine Wasserblaufärbung sämtlicher Elemente, wie folgende Tabelle lehrt:

B.

	Wasserblau	Eisessig	Eosin	Orcein	Hydrochinon	Resultate
1	+	+	−	−	−	Schnitt dunkelblau; Fasern gefärbt, doch vom Protoplasma sich nicht abhebend
2	+	+	+	−	−	Schnitt tiefblau; Protoplasma undurchscheinend; Fasern von den hellen Membranen sich stark abhebend; Kern rötlich
3	+	+	+	+	−	Schnitt hellblaugrünlich; Protoplasma stark aufgehellt: Membran schwach grünlich; Fasern graugrünlich, überall hervortretend; Kernkörperchen rötlich
4	+	+	+	+	+	Schnitt matt dunkelblau; Protoplasma wieder dunkler blau; Membran kaum gefärbt; Fasern dunkelblau, überall deutlich; Kernkörperchen rötlich

Hier haben wir in B 1 zunächst einen dunkelblauen Schnitt ohne Kontrast zwischen Fasern und Protoplasma. Der Schnitt B 2 zeigt, wie der Eosinzusatz die noch dunkler gefärbten Fasern innerhalb der aufgehellten Membranen hervortreten läfst. Dieser Kontrast ist zum Teil wieder in B 3 durch einen weiteren Orceinzusatz verschwunden, da die Membranen etwas grünlich angefärbt und gleichzeitig die durchtretenden Fasern viel schwächer, graugrünlich gefärbt erscheinen. Orcein hat mithin gleichzeitig die Wasserblaufärbung der Fasern abgeschwächt und die Fasern selbst leicht angefärbt. So wenig günstig der Orceinzusatz mithin für den intramembranösen Faserverlauf ist, einen so wichtigen Einfluſs hat er auf den Faserverlauf im Innern der Epithelien und zwar durch die starke

Abschwächung der Wasserblaufärbung des Protoplasmas. Der Orceinzusatz bewirkt geradezu die Einheitlichkeit der Färbung des gesamten Fasersystems in allen seinen Teilen, indem er alle übrigen Elemente in ihrer Wasserblauaufnahme stark abschwächt, ohne dieselben selbst anzufärben, das Fasersystem ebenfalls an Wasserblau abschwächt, dafür aber selbst und zwar sehr gleichmäfsig in den verschiedenen Abschnitten anfärbt. Dieselbe Tabelle zeigt noch unter B 4, dafs der Hydrochinonzusatz lediglich als Verstärker des Wasserblaus und insofern auch als Abschwächer des Orceins wirkt. Der Schnitt B 4 ist wieder dunkelblau, wie B 1 und B 2; das Protoplasma ist etwas, der Faserapparat aber sehr stark wasserblau gefärbt. Man sieht hieraus, dafs sich Hydrochinon und Orcein wohl entgegenwirken, aber keineswegs in allen ihren Wirkungen aufheben, sondern sich zum Teil verstärken. Ohne Orcein + Hydrochinon ist der Schnitt auch dunkelblau, aber der Faserapparat tritt viel weniger deutlich, besonders im Protoplasma, hervor. Mit Orcein + Hydrochinon wird der Schnitt gleichsam gezwungen, aufser dem die Fasern hervorhebenden Orcein auch noch mehr Wasserblau aufzunehmen, als er mit Orcein allein vermöchte; ein wesentlicher Umstand, der die spätere Safraninaufnahme der Fasern begünstigt.

Mithin können sich Eosin und Orcein, obwohl beide die Wasserblaufärbung abschwächen, durchaus nicht ersetzen, und keine der beiden sauren Farben darf aus der Mischung fortbleiben. Beide sind partielle Entfärber, wirken aber auf verschiedene Gewebselemente. Bezeichnet man beide als Differenzierungsmittel des Fasersystems, so dient Eosin hauptsächlich der tinktoriellen Isolierung der Fasern innerhalb der Membranen, Orcein derjenigen innerhalb des Zellinnern. Versucht man, Orcein durch Vermehrung des Eosins in der Mischung zu ersetzen, so erhält man kontrastlose, rote Bilder, welche wohl die Intercellularbrücken, aber auch die Zellen safraninrot zeigen. Ersetzt man das Eosin durch Orceinverstärkung, so erhält man wasserblauschwache Bilder, die keine safraninrote Faserfärbung mehr annehmen. Derartige übermäfsig orceinierte Bilder ergeben auch einzelne Orceinsorten, welchen eine zu starke Anfärbung durch Orcein eigen ist. Für diese hat sich der Hydrochinonzusatz als Korrektiv bewährt; dasselbe schadet aber bei keiner Orceinsorte und dient dazu, die Methode überhaupt zuverlässiger zu machen.

Es wird manchem auffallend erscheinen, dafs ich nach meinen Versuchen dem Eosin lediglich eine farbabschwächende und dadurch differenzierende Funktion für die Fasern zuschreibe; man könnte denken, dafs ihm auch eine direkt die Fasern anfärbende Eigenschaft zukäme, so dafs in dem schliefslichen Rot der Fasern auch eine rote Eosinkomponente vorhanden wäre. Beispielsweise liegt es nahe, zu vermuten, dafs wenn aus A 4 durch Eosinzusatz A 5 wird und gleichzeitig die dunkelblauvioletten

Fasern nun rotviolett erscheinen, das Eosin einfach die Fasern neben dem Wasserblau angefärbt hätte. In Wirklichkeit ist aber diese rötere Färbung dem Safranin zuzuschreiben, für welches das Eosin die Fasern gleichsam nur wasserblaufrei gemacht hat. Das geht unwiderleglich aus Tabelle B hervor, in welcher kein Safranin zur Wirkung gelangt und demgemäfs die Fasern trotz Eosinzusatz auch keine Spur einer roten Färbung zeigen. Wie schon weiter oben bemerkt, hat der Eosinzusatz allein nur die Wirkung, dafs die dunkelblauen Fasern (B 1) noch blauer, tiefblau werden. Die Fasern haben also etwas Eosin aufgenommen; diese minimale Anfärbung genügt aber nicht, um auch nur einen Bruchteil der späteren Rötung zu erklären. Mit einem Worte: Eosin, so notwendig es ist, wirkt nicht als Färbemittel der Fasern, sondern zusammen mit dem Wasserblau und Orcein als gemischte Beize für das eigentliche Färbemittel: Safranin.[7] Ein weiterer Beweis für die Richtigkeit dieser Auffassung ergibt sich aus der Tatsache, dafs bei der Färbung (B 2) paradoxerweise die Kerne eine schwache, aber deutliche Eosinfärbung annehmen. Es gibt mithin Gewebselemente, aus denen der Eosinzusatz das Wasserblau vollständig verdrängt, da es zu schwach in denselben fixiert war und sich mit deutlicher Rotfärbung an dessen Stelle setzt, aber diese Elemente sind nicht die Fasern, sondern, was wohl kaum jemand vermutet hätte, die Kerne.

Um alles Bisherige zusammenzufassen, so sind die drei sauren Farben alle notwendig, um den gesamten Faserapparat in allen seinen Abschnitten genügend für die definitive Safraninfärbung vorzubereiten. Insofern alle drei in der Faser in einem bestimmten Verhältnisse gleichzeitig vorhanden sein müssen, wenn das Safranin überall gut anfärben soll, kann man sie alle als Safraninbeizen für die Fasern bezeichnen. Weit davon entfernt aber, im übrigen gleichwertig zu sein, bewirkt Wasserblau die wichtigste, primitive Anfärbung des gesamten Faserverlaufes, Eosin hauptsächlich seine tinktorielle Isolierung innerhalb der Membran und Orcein hauptsächlich diejenige im Zellinnern. Alle drei müssen sich im Gleichgewicht halten und werden hierin noch vom Eisessig und Hydrochinon unterstützt, welche das Wasserblau zu schützen und zu verstärken haben, wo das Safranin nicht einwirken soll, besonders im Protoplasma. Man sieht hieraus wohl zur Genüge, wie wichtig das quantitative Verhältnis der Komponenten des Triacids ist.

Ich habe bisher nur die Färbung der Fasern ins Auge gefafst und dieselbe zu erklären gesucht. Die gute Färbung des Fasersystems in allen seinen Teilen im Vergleich mit der bisher alleinherrschenden Gentiana-

[7] Ein jeder in der neueren Tinktionstechnik Bewanderte wird hier unwillkürlich an die Rolle des Eosins bei der Azurrotfärbung der Malariaparasiten erinnert, die sehr verschiedene Deutungen erfahren hat und noch durchaus nicht völlig aufgeklärt ist.

Jodmethode ist und bleibt auch der wichtigste Vorzug dieser neuen Methode. Aber es darf zum Schlusse nicht verschwiegen werden, dafs sie gleichzeitig noch mehr leistet und durch eine glückliche Kontrastierung vieler anderen Gewebselemente sich auszeichnet. Im Gegensatze zu den safraninroten Fasern erscheint das Protoplasma der Epithelien dunkelblau bis dunkelviolett (Wasserblau und mehr oder weniger Safranin) und hierzu wieder im Gegensatz weisen die Kerne und Kernkörperchen ein leuchtendes Safraninrot auf. Im Bindegewebe herrschen ähnliche scharfe Differenzen: rote Kerne neben violettem Granoplasma der Plasmazellen, in den Leukocyten rote Kerne neben blauen neutrophilen Granulationen, blaues Kollagen neben rotem Elastin. Es unterliegt mithin keinem Zweifel, dafs diese zunächst nur für die Epithelfaserung des spitzen Kondyloms ausgearbeitete Methode auch noch für andere histologische Zwecke mit Erfolg verwertet werden kann.

* * *

Bei der praktischen Ausführung der Methode macht sich der Umstand in ungünstigem Sinne geltend, dafs der notwendige Zusatz von Hydrochinon und Eosin die tinktoriellen Eigenschaften der vorrätig gehaltenen Mischung schädigt. Deshalb kann nur eine Mischung von Wasserblau, Orcein und Eisessig vorrätig gehalten werden, welcher beim Färben Hydrochinon und Eosin zugesetzt wird. Demnach lautet die Formel für die neue Epithelfasermethode folgendermafsen:

Material: Spitzes Kondylom, am besten gröfsere Wucherungen, teils in Alkohol absolut., teils in Formol fixiert, in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und auf 5—7,5 μ geschnitten.

Färbung:

1. Wasserblau	1,0	Von dieser vorrätig zu haltenden Mischung werden in einem Reagierglase 1 g[a] zuerst mit 0,3 g[a] (= 0,003 Eosin) einer 1%igen Lösung von spritlöslichem Eosin in Alkohol 80% und sodann mit 0,3 g[a] (= 0,003 Hydrochinon) einer 1%igen, wässerigen Hydrochinonlösung gut gemischt. Man färbt, um Verdunstung zu verhindern, im Reagierglase 10 Minuten in der Kälte.
Orcein	1,0	
Eisessig	5,0	
Glycerin	20,0	
Spiritus	50,0	
Wasser	ad 100,0	

2. In destilliertem Wasser abspülen.
3. Safranin O. Grübler (1%ige wässerige Lösung) 10 Minuten.
4. In destilliertem Wasser gut abspülen.
5. Kalium bichrom. (1/2 %ige wässerige Lösung) 10—30 Minuten.
6. In destilliertem Wasser abspülen.
7. Alkohol absolut., Öl, Balsam.

---

[a] Unter dem Namen: Wasserblau-Orcein-Mischung vorrätig bei Grübler.
[a] Bei meinem Tropfglase entsprechend ungefähr 40, 20 und 5 Tropfen der drei Lösungen.

Falls der Schnitt, der violett aussehen soll, nach oberflächlicher Besichtigung im Alkohol (7) zu rot (zu reich an Safranin) erscheint, bringt man denselben wohl in Öl, dann aber noch einmal in absoluten Alkohol, wo er sofort genügend Safranin abgibt, und dann erst weiter in Öl und Balsam.

* * *

(Schluſs folgt.)

Erwiderung auf DELBANCOs Bemerkungen in No. 5 dieser Zeitschrift.

Von

Dr. MAX JOSEPH und Dr. PIORKOWSKI.

Die gereizten Bemerkungen DELBANCOs sind wohl weiter nichts als der Ausfluſs gekränkter Eitelkeit, da „JOSEPH und PIORKOWSKI in ihren Schluſsworten von seinen durchaus sachlich vorgetragenen Ausführungen keine Notiz nahmen". Wir verkennen aber keinesfalls die Berechtigung der Einwände, welche unseren Untersuchungen gemacht werden könnten, nur wünschen wir, daſs jede Kritik frei von persönlichen Ausfällen sei. Worte, wie „laxe Ausdrucksweise", „jeglicher Zweifel verstumme!" gehören nicht in eine wissenschaftliche Debatte.

Berlin, den 14. September 1903.

Aus der Praxis.

Die Behandlung der Pigmentmäler mit 30prozentigem Wasserstoffsuperoxyd Merck.

Von

Dr. CURT COHN,
I. Assistenzarzt an Dr. UNNAS Klinik.

In folgenden Fällen von Naevi pigmentosi habe ich auf Veranlassung meines Chefs zu ihrer Beseitigung eine 30%ige Lösung von Wasserstoffsuperoxyd MERCK angewendet. Die Herstellung einer so hochprozentigen Lösung ist erst in neuerer Zeit gelungen; die Lösung wird von der Firma E. MERCK in Darmstadt in 50 g-Flaschen in den Handel gebracht, welche mit Paraffin ausgegossen sind und mit einem Paraffinkorken verschlossen werden.

Im ersten Falle handelte es sich um ein neunjähriges Mädchen, K. R., dessen ganze rechte Gesichtshälfte mit stecknadelkopfgroßen, dunkelbraunen Mälern besät war, auch die Ohrmuschel und beide Arme waren stark befallen, der übrige Körper war frei geblieben. Nach Angabe der Mutter sollen die ersten Pigmentflecke im zweiten Lebensjahr entstanden und ganz allmählich immer neue aufgetreten sein. Wegen der starken Entstellung der einen Gesichtshälfte wird die kleine Patientin häufig von ihren Mitschülerinnen gehänselt.

Ein großer Teil der Naevi wurde nun in der Klinik in der Weise behandelt, daß sie täglich zweimal mit einem Tropfen der 30%igen H_2O_2-Lösung mittels eines Glasstabes betupft wurden. Dann wurde so lange gewartet, bis die Lösung auf der Haut eintrocknete, was in der Regel 15 Minuten dauert. Nun wurde die geätzte Stelle mit Zinkpflastermull bedeckt oder sich selbst überlassen. Das Betupfen konnte mehrere Tage hintereinander fortgesetzt werden, bis die Pigmentmäler verschwunden waren. Zum Vergleich wurden andere Mäler durch Salicylcanabispflastermull zum Abschälen gebracht; dabei zeigte sich deutlich der Vorzug der H_2O_2-Lösung, indem diese bei der sonst empfindlichen Patientin — ein Versuch mit dem Mikrobrenner mußte bald aufgegeben werden — keine nennenswerten Schmerzen auslöste. Während der vier Wochen, welche die Patientin in klinischer Behandlung war, gelang es, den größten Teil der Naevi zu beseitigen, zur Behandlung der Reste konnte die relativ ungefährliche Lösung der Mutter mitgegeben werden.

Die zweite Patientin war ein fünfjähriges Mädchen, A. S., welche auf dem ganzen Rumpf unregelmäßig verteilte linsen- bis zehnpfennigstückgroße, dunkel pigmentierte Naevi hatte. Das klinische Bild bot eine gewisse Ähnlichkeit mit Urticaria pigmentosa, doch ließ die mikroskopische Untersuchung keinen Mastzellentumor erkennen, sondern war für Naevus pigmentosus charakteristisch. Auch bei dieser Patientin gelang es, innerhalb einer Woche eine große Anzahl der Pigmentflecke durch Anwendung der 30%igen H_2O_2-Lösung völlig zum Verschwinden zu bringen.

Ein dritter Fall von einem zweimarkstückgroßen Naevus pigmentosus pilosus wurde in Dr. Unnas Poliklinik in ähnlicher Weise mit sehr gutem Erfolge behandelt und wird von anderer Seite genauer beschrieben werden. Über die weiteren Versuche mit der 30%igen H_2O_2-Lösung behalte ich mir spätere Mitteilungen vor.

Versammlungen.

Aus den Verhandlungen des vierten Nordischen Kongresses für innere Medizin zu Helsingfors Juli 1902.

(Nach dem *Nord. med. Archiv.* 1903. Abt. II, Anhang.)

Aus den Verhandlungen interessieren den Dermatologen vor allem einige unsere Spezialdisziplin berührende Themata. Der erste Tag war dem Thema: **Die syphilitischen Herzaktionen** geweiht. Als Referenten traten auf Runeberg-Helsingfors und Quensel-Upsala. Runeberg betont: Die volle Einsicht von der bedeutungsvollen Rolle, welche das syphilitische Gift auch in so vielen Fällen von Krankheiten in den zentralen Zirkulationsorganen spielt, von der Notwendigkeit, stets seine Aufmerksamkeit auf dieses Verhältnis gerichtet zu haben, von der Möglichkeit, am Krankenbette eine sichere oder wahrscheinliche Diagnose zu stellen, und von der grofsen Wichtigkeit, so früh wie möglich zur spezifischen Therapie schreiten zu können und dieselbe konsequent durchzuführen, diese Einsicht hat das allgemeine Bewufstsein der Ärzte noch nicht völlig durchdrungen. R. berichtet dann über den Gang der Feststellung der Herzsyphilis und den heutigen Stand. Die Mortalität an Herz- und Aortasyphilis ist nicht viel geringer als die an Gehirn- und Rückenmarksyphilis. Sie ist sogar erheblich gröfser, wenn man die Fälle von progressiver Paralyse abrechnet, die ja zur Syphilis eine andere Stellung einnimmt als die übrigen in Frage kommenden Krankheitsformen. Sicher ist jedenfalls, dafs die Lokalisation des syphilitischen Krankheitsprozesses in den zentralen Zirkulationsorganen keine seltene Erscheinung ist, sicher ist ferner, dafs diese Affektionen einer klinischen Diagnose nicht unzugänglich sind, und dafs ihr Verlauf in hohem Grade durch eine zweckmäfsige Therapie beeinflufst werden kann.

Der zweite Referent Quensel spricht über: **Die pathologische Anatomie der syphilitischen Herzkrankheiten.** Die Veränderungen des Herzens, welche durch Syphilis verursacht werden können, sind sowohl betreffs ihres anatomischen Charakters, wie betreffs der Lokalisation von verschiedener Art. Um ein übersichtliches Bild der syphilitischen Herzaffektionen zu geben, das auch dem Kliniker und seiner Anschauungsweise genügen dürfte, verwendet Qu. folgende Einteilung:

1. Veränderungen der Gefäfse:
   a) des Anfangsteiles der Aorta einschliefslich der Abgangsstellen der Kranzarterien,
   b) der Kranzarterien.
2. Veränderungen des Myocards:
   a) gummöse Prozesse,
   b) fibröse Prozesse.
3. Veränderungen des serösen Überzuges:
   a) des Pericards,
   b) des Endocards.

Alle diese pathologisch-anatomischen Veränderungen schildert Qu. und gelangt zur Einsicht, dafs das klinische Bild der Herzsyphilis ein sehr wechselndes sein mufs, und auch, dafs es an sich wenig charakteristisch sein kann, da nämlich die meisten anatomischen Prozesse, die man hier findet, auch auf Grund anderer Ursachen auf-

treten können. Was die Frequenz dieser Krankheit betrifft, so ist es nicht möglich, sich vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus mit Bestimmtheit darüber zu äufsern, und dieses hängt von den noch vorhandenen Schwierigkeiten ab, die syphilitische Natur eines krankhaften Prozesses mit Sicherheit festzustellen.

In der Debatte betont Gram-Kopenhagen, dafs nach seiner Ansicht jedes Aneurysma aortae auf Lues beruhe, und dafs bei der syphilitischen Myocarditis fast immer syphilitische Gefäfsleiden vorhanden seien, und dafs dieses sicher das Primäre sei, während Laache-Christiania nicht jedes Aneurysma aortae als luetisch ansieht. Er macht auf die Erscheinungen des Pulses bei Luetischen aufmerksam und auf die nicht seltene Aortainsuffiziens bei älteren Leuten. Israel-Rosenthal-Kopenhagen, Heuschen-Stockholm, Homen-Helsingfors schliefsen sich der Ansicht Grams an.

Über die Ansteckung bei Scharlach durch entlassene Rekonvaleszenten, von P. Aaser-Christiania. Einige Scharlachpatienten können weit über die gewöhnlich angenommene Zeit ansteckungsfähig sein. Das Aufhören der Abschuppung an und für sich ist keine Richtschnur dafür, wie lange die Kontagiosität dauert. Wahrscheinlich ist es dagegen, dafs das Gift an der Schleimhaut der Nase, des Schlundes bezw. des Mittelohres längere Zeit haften kann. Durch die Sekretion aus diesen Schleimhäuten wird dann das Gift weiter verbreitet, diese Sekretion birgt also die Gefahr der Ansteckung in sich. So lange eine abnorme Sekretion vorhanden ist, mufs daher der Patient isoliert werden, selbst wenn darüber eine doppelt so lange Zeit verstreicht, als unter normalen Verhältnissen für notwendig angesehen wird, und ein Scharlachpatient darf daher nicht entlassen werden, bevor man sich durch eine genaue Untersuchung von Hals und Nase davon überzeugt hat, dafs die Sekretion aufgehört hat. An der Diskussion beteiligen sich Hellström-Stockholm und Gram-Kopenhagen.

Über die Kochprobe mit Salpetersäure auf Eiweifs im Harn, von R. Ehrström-Helsingfors. Die Vorschriften, wie die Probe ausgeführt werden soll, sind ziemlich variierend. E. will den Harn zuerst kochen und dann Salpetersäure zusetzen, und zwar möglichst verdünnte, etwa 10%ige. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1903. Band X, Heft 3.

I. **Zur Kenntnis des Haarsystems des Menschen,** von Felix Pinkus. Die Untersuchungen des Verfassers haben zu dem wichtigen Ergebnis geführt, dafs die Haarscheibe ein ungemein reich innerviertes Gebiet sei, dafs es sich bei ihr um einen besonderen Nervenendapparat handelt, welcher durch seine circumskripte Form das Perzeptionsorgan einer Hautsinnesfunktion vermutlich von der Art darzustellen scheint, wie sie bei der Tastscheibe mancher Tiere bekannt ist.

II. **Ein Fall von primärer Urethritis non gonorrhoica,** von F. Bodländer-Berlin. Der 33jährige Patient konsultierte den Verfasser zum ersten Male am 13. Mai wegen eines geringfügigen, seit zehn Tagen bestehenden Harnröhrenausflusses. Bis dahin hatte er nie eine Geschlechtskrankheit gehabt. Trotzdem der Patient auch nach Beginn der Erkrankung wiederholt geschlechtlichen Verkehr gepflegt hatte, war die

Sekretion doch nicht stärker geworden. Sowohl die mikroskopische wie die bakteriologische Untersuchung, die sehr eingehend und wiederholentlich vorgenommen worden war, hatte stets hinsichtlich des Vorhandenseins von Gonokokken ein negatives Resultat ergeben.

Verfasser glaubte aus diesem Grunde eine akute Blennorrhoe mit Bestimmtheit ausschliefsen zu können.

Die Behandlung mit den üblichen Mitteln erwies sich nur wenig erfolgreich. Am meisten bewährte sich noch das Hydrargyrum oxycyanatum im Verein mit Adstringentien.

In dem Sekrete des Patienten fehlten zwar die Gonokokken, dagegen fanden sich intracellular liegende Stäbchen, die auch in den bakteriologischen Präparaten nachweisbar waren.

Verfasser hat nun experimentell an Tieren untersucht, ob diese Stäbchen pathogene Eigenschaften besitzen. Es ist ihm der Nachweis der Pathogenität für die Harnröhrenschleimhaut des Hundes gelungen. Die im Sekret des Patienten gefundenen Mikroorganismen charakterisieren sich als kleine, zarte, an den Enden etwas abgerundete Stäbchen, die häufig zu zwei aneinander oder auch in kleinen Reihen und Häufchen zusammen liegen. Sie wachsen am besten auf alkalischem Agar, wo sie, merkwürdigerweise, den Gonokokken ähnliche Kolonien bilden. Sie verhalten sich nach Gram positiv. Aufser den Stäbchen, die mit anderen bekannten keine Ähnlichkeit zeigen, fanden sich noch Staphylokokken vor.

Verfasser teilt sodann einen Fall von Hypersekretion der Urethraldrüsen postblennorrhoischer Natur mit. Der 42jährige Patient hat wiederholt an Blennorrhoe gelitten und hat jetzt mit mancherlei Folgeständen derselben, mit Striktur, chronischer Prostatitis, Sekretion und Harnbeschwerden, zu tun. Die urethroskopische Untersuchung ergab stark erweiterte Urethraldrüsenlumina und die Drüsen ganz erfüllt mit Sekret, das hauptsächlich aus Epithelien und zahlreichen Mikroorganismen, und zwar Staphylokokken und Bacterium coli, bestand. Gonokokken fehlten ganz. Verfasser glaubt auf Grund der Beobachtungen an diesem Falle eine „fakultative" Pathogenität des Bacterium coli annehmen zu können.

III. **Mundpflege bei Quecksilberkuren und einigen Mundaffektionen**, von Julius Müller-Wiesbaden. Von der Erwägung ausgehend, dafs zur Verhütung von Mundentzündungen bei Allgemeinerkrankungen und bei Quecksilberbehandlung eine besondere antibakterielle Wirkung überflüssig ist, läfst Verfasser bei Hg-Kuren prophylaktisch Mundausspülungen mit dem Wiesbadener Kochbrunnen machen. In der letzten Zeit verwendet er für denselben Zweck eine mit dem Quellsalz des Kochbrunnens hergestellte 40%ige Zahnpaste. Man nimmt ein kleines Stückchen derselben in den Mund und dann etwas warmes oder kaltes Wasser. Die Paste löst sich sofort und hinterläfst nach dem Durchspülen ein angenehm erfrischendes Gefühl. Verfasser bespricht die Vorteile dieser Quellsalzpräparate gegenüber dem Gebrauche von Kalium chloricum-Präparaten.

IV. **Zur Ätiologie und Anatomie der Erosio portionis vaginalis**, von Hans Vörner-Leipzig. Über die Affektion haben Rüge und Veit ausgedehnte histologische Untersuchungen angestellt und die Ergebnisse in verschiedenen Arbeiten niedergelegt. Nach ihren Beobachtungen unterscheidet man a) eine einfache Erosion, wenn die Oberfläche glatt oder nur leicht uneben ist; b) eine papilläre oder hypertrophische, wenn dieselbe granulationsartige oder zottige Exkrescenzen bildet, und c) eine follikuläre, wenn sich in der Erosionsfläche kleinere oder gröfsere Knötchen oder Cystchen von grauer (manchmal etwas durchscheinender) bis gelblicher Farbe entwickeln, welche beim Anstechen seröse oder eitrige Flüssigkeit entleeren.

Die Ursache der Erosion der Portio vaginalis suchen die beiden Autoren in jedem Reize, der die Portio trifft. Verfasser hat nun die Beobachtung gemacht, dafs eine solche Erosion der Portio sich häufig bei blennorrhoekranken Frauen fand. Daraufhin wurden Untersuchungen angestellt, inwieweit die Affektion durch die Blennorrhoe bedingt sei. Bei allen Patientinnen nahm Verfasser Sekretprüfungen vor, indem er Ausstrichpräparate von der Oberfläche der Erosion machte. In manchen Fällen fanden sich im Sekrete reichlich Gonokokken. In mehreren dieser Fälle wurde ein Stückchen der erkrankten Stelle exzidiert und untersucht. Verfasser teilt im folgenden die Krankengeschichten dieser Fälle und die Resultate der histologischen Untersuchung mit. Aus denselben ergibt sich, dafs es sich um typische Fälle von Erosion der Portio handelt, wie sie Ruge und Veit beschrieben haben. Bei allen fanden sich Gonokokken im Sekret und in den Gewebsschnitten, so dafs Verfasser nicht ansteht, dieselben als die Erreger der Krankheit anzusehen. Der Vorgang dürfte sich in der Weise abspielen, dafs die Gonokokken zuerst ins Plattenepithel der Portio gelangen, dieses durchdringen und schliefslich in die Submucosa einwandern. Hierbei wird das Plattenepithel in seinen oberen Lagern zuerst gelockert und dann weggeschwemmt. Die Basalzellen leisten länger Widerstand, erfahren mannigfache Veränderungen, bis auch sie zu Grunde gehen. Gleichzeitig dringen solide Zapfen in die Submucosa, die, später hohlwerdend, zu Erosionsdrüsen sich umwandeln. Diese letzteren tragen ein flimmerndes Zylinderepithel, welches sich den Gonokokken gegenüber vollständig widerstandsfähig zeigt.

Im allgemeinen bereitet die Erosion der Portio keine oder nur sehr geringe Beschwerden, weshalb sie nur selten zur Beobachtung des Arztes gelangt.

Eine streng durchgeführte antiblennorrhoische Behandlung, die auch den Uterus und die Cervix mit betrifft, wird die Portioerosion beseitigen.

C. Berliner-Aachen.

The British Journal of Dermatology.

Band 15. Juni 1903.

I. **Ein Fall von Granulosis rubra nasi (Jadassohn)**, von J. M. H. MacLeod. Der Fall betrifft einen sechsjährigen, zartgebauten, etwas nervösen Knaben, der nach den Angaben der Mutter im sechsten Lebensmonate auf der Nase nahe der Spitze eine rote Stelle bekam. Dieselbe war stets feucht vom Schwitzen. Bis vor drei Monaten blieb der Zustand ziemlich unverändert.

Da schwoll eines Tages die Oberlippe an, Schweifsperlen bedeckten dieselbe; erst ganz kürzlich entwickelten sich auf einer geröteten Basis sehr kleine, braunrote, runde oder auch etwas zugespitzte Papeln. Sie sind unregelmäfsig verteilt und zeigen keine Tendenz, zu konfluieren. Krusten, vertiefte Narben oder Teleangiektasien sind nicht vorhanden. Abgesehen von geringem Jucken, bereitet die Affektion keine subjektiven Symptome.

Die mehrmonatliche äufsere lokale und innerliche, auf Hebung der allgemeinen Kräfte gerichtete Behandlung änderte an dem Zustande der Nase nur sehr wenig.

Verfasser teilt das Resultat der histologischen Untersuchung mit, die er wegen des sehr spärlichen Materials nicht als vollständig ansieht. Er rekapituliert aus der Literatur die histologischen Befunde von Pick und Jadassohn und die Krankengeschichten der bisher publizierten Fälle und erörtert sodann die Symptomatologie und Nomenklatur der Affektion.

II. **Zwei Fälle von akutem Pemphigus neonatorum**, von A. Whitfield. Der eine Fall betraf ein 17 Tage altes, sonst gesundes Kind, das vier Tage zuvor am

ganzen Körper einen Blasenausschlag bekam. Auch bei der Mutter des Kindes hatte sich zwei Tage später auf der Stirn eine Blase entwickelt, die das Aussehen einer typischen Impetigo contagiosa zeigte. Die bakteriologische Untersuchung des Inhaltes ergab bei dem Kinde Reinkulturen des Streptococcus, bei der Mutter nahezu Reinkulturen des Streptococcus, aufserdem Kolonien des Staphylococcus pyogenes aureus. Bei beiden Patienten nahm die Krankheit unter Anwendung einer milden antiseptischen Lösung einen gutartigen Verlauf.

Das zweite Kind war nach den Angaben der Mutter bis zum zehnten Tage nach der Geburt gesund, dann begann es, rote Flecke im Gesicht zu zeigen. Innerhalb von drei Tagen hatte der Ausschlag den ganzen Körper ergriffen. Dem Ausbruche der Flecke folgte ausgedehnte Abschuppung, so dafs der Fall an eine Dermatitis exfoliativa neonatorum erinnerte. Frei von der Affektion blieben Handteller und Fufssohlen. Bei genauer Besichtigung konnte man wahrnehmen, dafs die abschuppenden Teile in Wirklichkeit von sehr schlappen Blasen gebildet wurden, unter denen sich noch sehr spärliche Flüssigkeit befand. Der Fall verlief letal.

In dem histologischem Bilde ist von grofsem Interesse die enorme Dilatation der oberflächlichen Blutgefäfse unterhalb der Epidermis. Perivaskuläre oder irgend eine andere Infiltration fand sich nirgends, noch war stärkere Leukocytenemigration wahrnehmbar.

Verfasser neigt zur Ansicht derjenigen Autoren, die, wie Balzer und Griffon, Sabouraud, Gilchrist u. a., den Streptococcus und nicht den Staphylococcus als Krankheitserreger des Pemphigus acutus neonatorum annehmen.

Band 15. Juli 1903.

I. **Die Erytheme als Krankheitsanzeiger**, von James Galloway. Der Verfasser rekapituliert zunächst die Anschauungen älterer und neuerer Autoren hinsichtlich des Erythems und seiner Beziehungen zu anderen Krankheiten.

Man kann die Erytheme am besten einteilen a) in einfache Erytheme, welche das Resultat einer Hyperämie sind, rasch vorübergehen, ohne Veränderungen in der Struktur der Haut hervorzurufen; b) in exsudative Erytheme, die sowohl das Resultat einer Hyperämie, Transsudation und Exsudation, als auch einer Entzündung sein und von mehr oder weniger lang persistierenden Veränderungen in der Hautstruktur begleitet sein können. Die Mehrzahl der Fälle beider Gruppen ist toxischen Ursprunges.

Die einfachen, transitorischen Erytheme gehen vielfach mit abnormen Zuständen der Blutgefäfse einher, z. B. bei der Tachycardie, bei der Basedowschen Krankheit und bei Ernährungsstörungen jeder Art. Sehr häufig gehen die einfachen Erytheme in die exsudative Form über, so dafs es schwer wird, sie von einander zu unterscheiden. Nur die oft zurückbleibende Pigmentation und die Desquamation deuten auf den exsudativen Charakter des Erythems hin. Die letztere Form tritt häufig im Beginn oder auch im Verlauf von infektiösen Krankheiten auf, z. B. bei solchen, welche, wie die Malaria, einer Protozoeninfektion ihre Entstehung verdanken. Neuerdings ist man auf eine andere Protozoenkrankheit, die Trypanosomiasis, erst durch das begleitende Erythema multiforme aufmerksam geworden.

Bekannter ist das Auftreten und die üble Vorbedeutung von exsudativen Erythemen im Verlaufe der Brightschen Nierenkrankheit.

Der Verfasser erörtert zuletzt noch die Beziehung des Erythema multiforme zum Lupus erythematosus.

II. **Über die biologische Beziehung zwischen Epithel und Bindegewebe (Kromayer)**, von MacLeod. Verfasser unterzieht Kromayers Arbeit einer eingehenden kritischen Besprechung. (Vergl. das Referat in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 35. S. 546.)

Band 15. August 1903.

I. **Ein ungewöhnlicher Fall von Erythema multiforme bei einem Herz- und Nierenkranken**, von Arthur Whitfield. Die 19jährige, herz- und nierenkranke Patientin kam im Februar 1902 zum zweiten Male mit urämischen Erscheinungen ins Hospital. Unter schweifstreibenden Mitteln, heifsen Bädern und strenger Milchdiät besserte sich rasch ihr Zustand. Am 1. April brach unter Temperaturerhöhung ein Ausschlag im Gesicht aus, der sich zwei Tage später auf die Arme und die Brust ausdehnte und lebhaft an Variola erinnerte. Die Patientin wurde vorsichtshalber sofort isoliert und erfolgreich geimpft. Der Ausschlag bestand zum Teil aus harten, vielfach mit dicken Schuppen bedeckten Papeln, zum Teil aus tiefsitzenden, stark gespannten, grauweifs aussehenden Bläschen. Zu einer Eiterung des Inhalts derselben kam es nicht. Nach fünf Tagen ging die Temperatur zur Norm zurück, und nach weiteren zehn Tagen war der Ausschlag mit Hinterlassung einiger oberflächlicher Vertiefungen in der Haut völlig verschwunden. Schon drei Tage später, am 19. April, brach wiederum unter Fiebererscheinungen ein neuer Schub von Papeln und Bläschen, besonders stark an den Lippen und den Mundwinkeln, aus. Dieses Mal dauerte es weit länger, ehe die Temperatur und der Ausschlag schwanden.

Die Untersuchung des Bläscheninhalts und des Blutes ergab nichts Charakteristisches.

Histologisch bot eine exzidierte Efflorescenz alle Anzeichen einer akuten Entzündung dar, die sich vorwiegend auf die Umgebung der Haarfollikel und der Schweifsdrüsen beschränkte und nur wenig sich in das Corium hinein erstreckte. Die Epidermis war en masse von dem darunterliegenden Papillarkörper emporgehoben. Alles in allem schien die Efflorescenz anzudeuten, dafs die akuten, blasenartigen Veränderungen eher auf eine schwere, toxische Entzündung, als auf die Anwesenheit von Mikroorganismen zurückzuführen seien.

II. **Der sklerodermatische Typus des Lupus erythematosus**, von W. B. Warde. Der Verfasser hat in verschiedenen Arbeiten zu beweisen gesucht, dafs der Lupus erythematosus nicht eine Krankheit sui generis, sondern lediglich ein pathologischer Zustand sei, der unter gewissen, bemerkenswerten Einflüssen im Verlaufe vieler wohl unterschiedener Hautkrankheiten entstehen kann.

In weiteren Untersuchungen hat Verfasser sich mit der Frage beschäftigt, ob nicht jede Krankheit, die im stande sei, ein Ödem oder ein Hauterythem hervorzurufen, unter günstigen Bedingungen auch einen Lupus erythematosus hervorrufen könnte.

An einer Reihe aus der Literatur gesammelter Fälle zeigt der Verfasser, wie sowohl das klinische, als auch das histologische Bild auf die grofse Ähnlichkeit und den engen Zusammenhang zwischen dem Lupus erythematosus und den oberflächlichen Typen der Sklerodermie hinweist.

Die Betrachtungen des Verfassers gipfeln in folgenden Schlufssätzen:

Bei Patienten, welche an diffuser Sklerodermie des Gesichts und der Hände, oder an der Raynaudschen Krankheit leiden, tritt häufig eine Form eines atrophischen Erythems auf, gekennzeichnet durch das Vorherrschen der Atrophie gegenüber dem Erythem und durch die Rapidität, mit der diese Atrophie sich oft entwickelt. Solche Patienten zeigen eine ausgesprochene Neigung zu Gangrän der Finger- oder der Zehenspitzen, ferner zu erythematösen, bisweilen purpurähnlichen Efflorescenzen. Bis genauere Untersuchungen Verwandtschaft des Lupus erythematosus und der Sklerodermie feststellen, können die obigen Fälle einstweilen als zum sklerodermatischen Typus des Lupus erythematosus gehörig angesehen werden. *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1903. Heft 15.

1. **Die chirurgischen Affektionen der Harn- und Sexualorgane in der Klinik Ratimoffs**, von Vainitch-Sianogennsky. Aus dem Russischen übersetzt von Rizat. Die Arbeit Sianogennskys enthält eine Beschreibung aller chirurgischen Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, die in den Jahren von 1890—1900 in die Klinik Ratimoffs aufgenommen worden sind. Aus dieser umfangreichen Arbeit teilt der Übersetzer hier einige der interessantesten Beobachtungen mit. Zu denselben gehört ein Fall von Elephantiasis des Penis und des Scrotums, der vor 16 Jahren im Anschluſs an eine stark juckende, feuchte Eruption auf der Haut der Genitalien und des linken Oberschenkels seinen Anfang genommen hatte. Da bei dem Kranken im Verlaufe der letzten Monate auf dem Dorsum penis eine ausgedehnte Ulceration entstanden war, die nicht zur Heilung gebracht werden konnte, wurde der Penis hinter diesem Geschwür amputiert. — Bemerkenswert unter den mitgeteilten Beobachtungen ist ferner ein Fall von Ruptur der Pars cavernosa urethrae infolge eines Fuſstritts auf die Genitalien, dann zwei Fälle von Verengerung der Harnröhre, verursacht durch Injektion ätzender Stoffe, sowie ein Fall von periurethralem Abscefs infolge kompletter, durch eine impermeable Striktur hervorgerufener Harnretention; bei der Sektion fand sich eitrige Prostatitis, septische Cystitis und eitrige Pyelonephritis. Weiterhin beschreibt der Verfasser einen Fall von Hernie der Blasenschleimhaut durch die Urethra bei einer 56jährigen Frau; die Reposition gelang hier stets sehr leicht, doch erschien der Bruch sofort wieder und lieſs sich auf keine Weise dauernd zurückhalten; die Frau war stets vollständig kontinent. Interessant ist die Krankengeschichte einer 32jährigen Frau, bei der vor zwölf Jahren nach einer schweren Entbindung eine Blasenscheidenfistel konstatiert worden war. Verschiedene Versuche, die Fistel operativ zu beseitigen, waren fehlgeschlagen, schlieſslich hatte sich die Öffnung spontan, wenn auch nur unvollständig, geschlossen; trotzdem blieb die Frau inkontinent. Sieben Jahre nach dem letzten Operationsversuch waren dann Schmerzen in der Scheidengegend aufgetreten; die Untersuchung ergab, daſs sich in der Scheide, von Schleimhaut bedeckt, mehrere groſse Harnsteine befanden. Dieselben wurden operativ entfernt; doch bestand die Inkontinenz nach wie vor weiter. — Den Schluſs der Arbeit bildet eine Schilderung der von Soubbotine angegebenen Operationsmethode bei Ektopie der Blase; das Verfahren ist bereits im Jahre 1901 von Soubbotine selbst im *Centralbl. f. Chir.* beschrieben worden.

2. **Bemerkungen über die vierteiligen Dilatatoren verbesserter Konstruktion**, von Kollmann-Leipzig. K. beschreibt eine Reihe von Verbesserungen, die er an seinen bekannten Dilatatoren angebracht hat. Durch diese Verbesserungen wurde in erster Linie erreicht, daſs die Instrumente nunmehr vollständig, ohne Schaden zu leiden, ausgekocht werden können. Auſserdem ist jetzt eine viel ergiebigere Spülung möglich. Die nicht zum Spülen eingerichteten Dilatatoren wurden in der Weise modifiziert, daſs ihre Branchen nun ebenfalls abgerundet sind; sie können infolgedessen wie die Spüldilatatoren ohne Gummiüberzug eingeführt werden. — Die Instrumente werden von C. G. Heynemann in Leipzig hergestellt.

1903. Heft 16.

1. **Die Abtragung der Pars anterior urethrae beim Weibe mittelst vaginaler Urethrostomie**, von F. Legueu und P. Duval. Bei einer 63jährigen Frau, bei der im Laufe der letzten drei Monate bereits zweimal eine Geschwulst aus der Harnröhre entfernt worden war, konstatierten die Verfasser im vordersten Teile der Urethra eine von der hinteren Wand ausgehende, in das Harnröhrenlumen vorspringende, ca. 2 cm lange, höckrige, rote, blutende, ulcerierte Geschwulst. Die Miktionen

waren an Zahl enorm vermehrt und verursachten heftige Schmerzen, der trübe Urin enthielt Blut und Eiter, die Kapazität der Blase war auf ein Minimum reduziert. Drüsenschwellung bestand nicht. In der Annahme, dafs es sich um ein Epitheliom handle, nahmen die Verfasser eine Amputation der Urethra nach der subsymphysären Methode vor. Der Verlauf war ein normaler, dagegen liefs das funktionelle Resultat alles zu wünschen übrig: die Zahl der Urinentleerungen nahm auch nach der Operation nicht ab. Die histologische Untersuchung des exzidierten Tumors ergab, dafs es sich wahrscheinlich um Tuberkulose handelte, wenn auch Syphilis nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. Im Verein mit den klinischen Symptomen liefs dieser Befund das Vorhandensein einer Tuberkulose der Harnwege als ziemlich sicher erscheinen; die andauernde Vermehrung der Miktionen erklärte sich dann ganz leicht aus dem Bestehen einer tuberkulösen Cystitis. — Die subsymphysäre Methode hat Legueu schon vor Jahren zur Vornahme von Operationen an der Harnröhre des Weibes empfohlen. Sie besteht in ihrem ersten Teile in Anlegung eines bogenförmigen, nach hinten konkaven Schnittes unterhalb der Symphyse zwischen Klitoris und Harnröhrenmündung, Loslösung des Harnröhren-Scheidenlappens vom symphysären Gewebe, und Längsspaltung der oberen Harnröhrenwand. Erst wenn nach Eröffnung der Urethra die Ausdehnung der vorhandenen Veränderungen festgestellt, und der Punkt, an dem die Amputation der Urethra vorgenommen werden kann, bestimmt ist, wird um die Harnröhrenmündung ein elliptischer, von dem subsymphysären Schnitt ausgehender und auf der anderen Seite in denselben einmündender Schnitt angelegt und von der Höhe dieser Ellipse aus das Vaginalgewölbe durch eine gerade nach hinten, bis in die Nähe der Blasengegend führende Inzision durchtrennt. Dann werden die beiden Scheidenlappen lospräpariert, so dafs die vordere Hälfte der Urethra vollständig freiliegt und nach vorne gezogen und fixiert werden kann. Nunmehr wird die Vagina, sofern sie miterkrankt ist, reseziert, dann wird die Harnröhre flötenschnabelähnlich in der Weise durchtrennt, dafs die vordere Wand länger ist als die hintere, der Stumpf der Urethra wird in die Vagina eingenäht und das Scheidengewölbe vollständig geschlossen. — Die Methode hat den grofsen Vorzug, dafs sie einerseits eine genaue Orientierung über die Ausdehnung der vorhandenen Veränderungen, andererseits infolge der Mobilisierung der Urethra eine Amputation derselben an jedem Punkte, wie auch eine Resektion der Scheide im nötigen Umfange ermöglicht. Die erzielten funktionellen Resultate sind sehr ungleichmäfsige: in manchen Fällen kam eine, wenn auch nicht vollständige Kontinenz zu stande, in anderen war absolute Inkontinenz die Folge.

2. **Einige Bemerkungen über die chronischen Cystitiden**, von B. Motz-Paris und E. Montfort-Marseille. Veränderungen in der chemischen Zusammensetzung des Urins, insbesondere Alkalescenz, aber auch vermehrte Acidität des Harns haben für die Entstehung gewisser schwerer Formen von chronischer Cystitis zweifellos eine grofse, vielleicht sogar ausschlaggebende Bedeutung. Aufserdem aber kommen als Ursachen der chronischen Cystitiden Veränderungen und Affektionen verschiedener Art in Betracht. Die Verfasser unterscheiden:

A. paravesikale Ursachen
   1. vom Intestinum ausgehend
      a) hartnäckige Verstopfung,
      b) Blasen-Darmfisteln;
   2. von den Genitalien ausgehend
      a) Lageveränderungen und Tumoren der weiblichen Genitalien,
      b) Blasen-Scheidenfisteln,
      c) Perimetritis und Perisalpingitis,
      d) Entzündungen der Samenblasen und der Prostata;

3. Infektion der benachbarten Harnorgane
   a) Ureteritis,
   b) Urethritis posterior.

B. intravesikale Ursachen
1. Neoplasmen, Steine und Fremdkörper,
2. Abnorme Struktur der Blasenwände
   a) Verdoppelung der Harnblase,
   b) Divertikel,
   c) stark entwickelte Blasenzellen;
3. unvollständige Entleerung der Blase;
4. schwere Veränderungen der Blasenwände
   a) Zottenbildung,
   b) Hämorrhagien und Blutergüsse in der Submucosa,
   c) Pseudomembranen,
   d) Leukoplakien,
   e) interstitielle und periphere Abscesse.

Die hartnäckige Verstopfung, die unter den paravesikalen Ursachen figuriert, kann für sich allein lediglich den Übertritt der im Darme befindlichen Bakterien, namentlich der Kolibakterien, in die Nieren und in den Urin herbeiführen; eine Cystitis entsteht erst dann, wenn zu einer solchen Bakteriurie noch ein Trauma oder eine Kongestion der Blase oder eine Harnretention hinzutritt, wie sie bei Weibern sehr häufig durch Lageveränderungen oder Tumoren der Genitalien bewirkt werden. — Die unter den intravesikalen Ursachen aufgeführten schweren Veränderungen der Blasenwände sind selbst schon Folgezustände vernachlässigter Blasenentzündungen führen aber ihrerseits zu einer weiteren Verschlimmerung und erschweren die Heilung, indem sie ein Hindernis für die Einwirkung der Medikamente auf die erkrankte Schleimhaut bilden.

3. **Intravesikale Eingriffe mittels des Nitzeschen Operationscystoskops,** von Eynard-Marseille. Der Verfasser bedauert es, daſs das Nitzesche Operationscystoskop in Frankreich bisher so wenig Beachtung gefunden hat. Seinen eigenen, günstigen Erfahrungen zufolge, die sich auf die intravesikale Exstirpation zweier Blasenpapillome und die intravesikale Kauterisation einer hartnäckigen, durch Geschwürsbildung und Wucherungen auf der Schleimhaut ausgezeichnete chronische Cystitis erstrecken, ist die Anwendung des Instruments sehr empfehlenswert. Insbesondere ist er gleich Le Fûr der Ansicht, daſs die einfachen chronischen Ulcerationen, der Blasenschleimhaut durch intravesikale, mittels des Nitzeschen Instruments vorgenommene Kauterisationen rasch und sicher zur Heilung gebracht werden können.

4. **Galvanische Elemente oder Akkumulatoren,** von Léon Imbert-Montpellier. I., der erst vor kurzem in den *Ann. génito-urin.* (1903, Heft 11) als Lichtquelle für endoskopische Beleuchtungszwecke einen aus 9—12 Leclanchéschen Elementen und einem Rheostat bestehenden Apparat empfohlen hat, schildert hier die Vorteile und die Nachteile, welche die galvanischen Elemente gegenüber den Akkumulatoren als Lichtquelle für die Endoskopie haben; der Vergleich fällt in jeder Beziehung zu Gunsten der galvanischen Elemente aus. *Götz-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Band III. No. 16. 1903.

Die Frage von den Quecksilberinjektionen, von Ed. Desesquelle. (Forts.)

Von der Wahl des Quecksilberpräparates für die subcutanen Injektionen bei der Syphilisbehandlung. In ausführlicher Rede wendet sich D. zunächst gegen

die Kritiklosigkeit vieler Autoren, welche auf ungenügende Beobachtungen hin dem einen oder dem anderen Präparate Vorzüge vindizieren. Man müsse die Umwandlungen kennen, welche die betreffenden chemischen Verbindungen nach ihrer Einverleibung in den animalischen Organismus erleiden, und dann einzeln die Leistungsfähigkeit eines jeden dieser Umwandlungsprodukte studieren. Auch müsse man sowohl die nötige Menge der betreffenden Hg-Substanz und die nötige Einwirkungsdauer derselben dem pathogenen Syphilisagens gegenüber, sowie die Schnelligkeit ihrer Ausscheidung aus dem Körper kennen. Um die desinfizierende Kraft einiger Präparate festzustellen, hat Verfasser Vergleichungen ihrer Wirkung auf den Bacillus pyocyaneus angestellt. Wenn für das Sublimat diesem Mikroorganismus gegenüber eine antibakterielle Kraft von 100 angenommen wird, so hatte eine Mischung von Hg-Chlorür und Hg-Karbolat eine solche von 126, Hg-Hydroxylphenolat ergab 51, eine Mischung von Hg-Acetat und Karbolat 79, das Sublimonaphtol β oder Hg-Chlorür mit Hg-β-Naphtolat 46, das reine β-Naphtolat von Quecksilber 107 und die Mischung von Hg-Acetat und β-Naphtolat 74. Bis man den Syphilisbacillus entdeckt hat, mufs man sich wohl mit derartigen Prüfungen der Wirksamkeit an anderen Bakterien behelfen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1903. Heft 8.

1. **Therapie der Hautkrankheiten der behaarten Kopfhaut,** von SABOURAUD. Nachdem S. in den drei vorausgegangenen, in einem Ferienkurs gehaltenen Vorträgen die Semiotik der Alopecien, sowie die Semiotik der Schuppen- und Krustenbildung auf der behaarten Kopfhaut geschildert, bespricht er in dem hier vorliegenden Schlufsvortrag die Therapie dieser drei Symptomgruppen. In erster Linie weist er darauf hin, dafs bei den Krankheiten der behaarten Kopfhaut die Temperatur der affizierten Haut oft erhöht ist, und dafs die Behandlung damit beginnen mufs, diese Temperaturerhöhung zu beseitigen. Das geschieht am besten durch Applikation kalter Stärkemehlkompressen oder durch Anlegen eines mit abgekochtem Wasser, nicht aber mit einem Antiseptikum hergestellten feuchten Verbandes.

Jede vermehrte Schuppenbildung auf der behaarten Kopfhaut kann und mufs nach S. in erster Linie mit den Teerpräparaten behandelt werden. Bei stärkeren Graden von Schuppenbildung wird dem Teer Pyrogallussäure oder auch Chrysophansäure zugefügt. Sind die Schuppen fettig, wie es bei jeder Pityriasis der behaarten Kopfhaut der Fall ist, dann mufs neben und mit den genannten Mitteln Schwefel oder, wenn dieser nicht vertragen wird, Resorcin, Salicylsäure oder Ichthyol angewendet werden.

Den unter den Namen Alopecia areata bekannten scheibenförmigen Haarausfall hält S. nicht für eine einheitliche Krankheit; er glaubt vielmehr, dafs unter der Bezeichnung Alopecia areata verschiedene Affektionen zusammengefafst werden, dafs insbesondere in manchen Fällen die Alopecia areata nur das Symptom einer in ihrem ganzen Wesen noch unbekannten schweren Allgemeinerkrankung ist, ebenso wie die bekannte Pigmentierung der Haut ein Symptom der ADDISONschen Krankheit darstellt. Für die Richtigkeit dieser Annahme spricht auch der Umstand, dafs sich in manchen Fällen von scheibenförmiger Alopecie auch Veränderungen an den Nägeln finden. S. beschäftigt sich zurzeit mit der Frage, ob diese Form der Alopecie nicht mit Hilfe der Organotherapie zur Heilung gebracht werden kann.

Bei den nässenden und zur Krustenbildung führenden Affektionen der behaarten Kopfhaut, also speziell bei der Impetigo und beim akuten Ekzem verwendet S. folgende Lösung:

Zinc. sulfur.		
Cupr. sulfur.	ää	1,0
Spirit. camphorat.		20,0
Aq. dest.		100,0.

Die Lösung wird zehnmal täglich in die erkrankten Hautpartien eingerieben; nach dem Einreiben tritt leichtes Brennen auf, das aber nicht länger als 1—1½ Minuten anhalten darf; entstehen stärkere oder länger dauernde Schmerzen, so muſs die Lösung mit Wasser verdünnt werden.

Die Kopfekzeme der Säuglinge sind nach S. ausnahmslos durch gastrointestinale Störungen und zwar zumeist durch mangelhafte Verdauung der zugeführten Fette, verursacht. Die Fette der Nahrung müssen daher in solchen Fällen durch Zucker oder Stärkemehl ersetzt werden, die Heilung des Ekzems erfolgt dann in wenigen Tagen.

Den Schwefel betrachtet S. auch als Spezifikum bei den follikulären Hauterkrankungen, namentlich bei der Sykosis; allerdings wird er hier, namentlich im Beginne der Affektion, nicht immer gut vertragen. Innerlich gibt er bei Sykosis wie bei chronischer Akne ebenfalls Schwefel in Form der starken natürlichen Schwefelquellen.

2. **Die Behandlung der Akne rosacea mittels Phototherapie**, von Leredde. L. hat acht Fälle von Akne rosacea, die mit Ausnahme eines Falles sehr veraltet und schon vielfach erfolglos behandelt worden waren, mittels der Lichttherapie nach Finsen zu vollständiger Heilung gebracht. Auf Grund seiner Beobachtungen hat er die Überzeugung gewonnen, daſs die Phototherapie wenigstens in den schwereren Fällen allen übrigen Behandlungsmethoden entschieden überlegen ist; nur die ganz leichten Fälle können ebensogut durch die bisher gebräuchlichen chemischen Methoden zur Heilung gebracht werden. Am meisten eignet sich die Lichttherapie für die Akne rosacea der Nase, aber auch bei Akne rosacea der Wangen ist sie anwendbar. Starke Teleangiektasien müssen nach Beendigung der Phototherapie mittels oberflächlicher Kauterisationen oder durch Elektrolyse beseitigt werden. — Ob die erzielten Erfolge dauernde sind, kann jetzt noch nicht entschieden werden; L. hält es aber für wahrscheinlich.

3. **Die juckstillende Behandlung**, von Leredde. Aufzählung und Beschreibung aller chemischen und physikalischen Behandlungsmethoden, die uns zur Bekämpfung des Juckgefühls sowohl beim eigentlichen Pruritus wie bei den pruriginösen Hautaffektionen zu Gebote stehen. Die chemischen Stoffe, die dabei Verwendung finden, teilt L. ein in anästhesierende Mittel, die lediglich eine vorübergehende Linderung des Juckgefühls herbeiführen, und die reduzierenden Stoffe, die den Pruritus, auch den ohne sichtbare Hautveränderungen auftretenden, zu heilen im stande sind. — Bei der Schilderung der Hygiene, wie sie Pruriginösen anzuempfehlen ist, erwähnt L., daſs er wiederholt Pruritus infolge intensiven Gebrauchs von Seifen hat auftreten sehen.

Göts-München.

La Syphilis.

1. Band. 1. Heft. Juli 1903.

Im Juli 1903 erschien des ersten Bandes erstes Heft dieser neuen Zeitschrift unter dem Herausgeber T. Barthélemy, dem bekannten Arzt des Krankenhauses Saint-Lazare zu Paris. Diese neue Zeitschrift, an der die bedeutendsten Dermatologen und Syphidologen Frankreichs ihre Mitarbeit in Aussicht gestellt haben, zeigt doch gleich das erste Heft Originalartikel aus den Federn von Alfred Fournier, Levy-

Benz, Barthélemy und anderen, verspricht eine Zeitschrift von grofser wissenschaftlicher Bedeutung auf dem Spezialgebiet der Syphilis zu werden, der sie ausschliefslich geweiht sein soll. Ihr Zweck ist, alles Neue und Wissenswerte über die Erforschung und Heilung dieser schweren Volksseuche zu bringen, die Meinungen aller Autoren jeder Richtung, wenn sie sich auch oft entgegenstehen, zur Geltung zu bringen, damit durch offenen, freien Meinungsaustausch über diese wichtige Krankheit die Ansichten sich klären und ein ersprieſsliches Resultat erzielt wird zum Nutzen der leidenden Menschheit, wird doch oft eine noch unvollständige Beobachtung durch fernere Versuche anderer Kollegen ergänzt und geklärt.

An der Spitze befinden sich Originalartikel, denen sich die Berichte der wissenschaftlichen Gesellschaften und der Presse anschlieſsen. Auch Referate über französische und ausländische Arbeiten, lediglich auf dem Gebiete der Syphilis, finden Aufnahme, wie auch ein Briefkasten, ein Abschnitt über therapeutische Neuigkeiten und ein Verzeichnis der neu erschienenen Arbeiten aller Länder in unserer Spezialdisziplin angefügt ist. Ob auch Illustrationen dem sonst trefflichen Werke beigegeben werden, läſst sich noch nicht feststellen, da der bisher erschienene Teil keine Abbildungen enthält. So begrüſsen wir denn das neue Werk unserer französischen Kollegen mit aufrichtiger Freude und hoffen, daſs es das erreicht, was es sich vorgenommen, eine absolute Klärung über den Stand der Syphilisfrage, ein Fortschreiten in der Bekämpfung dieser Volksseuche. Möge es Eingang finden bei allen Fachkollegen und ein Buch werden, in welchem man jederzeit alles Wissenswerte nachschlagen kann.

Die erste Originalarbeit lautet:

Syphilis des Magens, von Alfred Fournier. Wenn die Syphilis des Magens zwar nicht häufig beobachtet und diagnostiziert wird, so ist sie doch weniger selten als man heute noch annimmt, wie schon 1886 Galliard eine beträchtliche Zahl von Beobachtungen über Magensyphilis zusammenstellte. Ihm folgten Chiari, Rivals, Vergely, Arnozan, Dieulafoy und viele andere, wie z. B. Fournier selbst. Die Tatsache einer Magensyphilis wird festgestellt durch die pathologische Anatomie und den Erfolg der Therapie in zweifelhaften Fällen. Erstere fand bei der Sektion im Magen eine ganze Reihe von typischen gummösen Schleimhautverletzungen in Form von derben Infiltrationen, Ulcerationen und Narben. Auch auf mikroskopischen Wege läſst sich die Übereinstimmung dieser Erscheinungen mit den Gummata der Haut leicht nachweisen. Mehr noch beweist der Erfolg der spezifischen Therapie, wie Fournier an mehreren Fällen beweist, die bisher, bevor man die Diagnose Lues gestellt hatte, dem Tode nahe, unter richtiger antisyphilitischer Behandlung prompt heilten. In anschaulicher Weise bespricht dann F. die pathologische Anatomie der Magensyphilis, die Indurationen, Ulcerationen, Narben, und geht dann auf die symptomatischen Erscheinungen ein, die sehr verschiedener Art sind, sich aber im ganzen den Erscheinungen der drei Hauptgruppen: 1. chronischer Magenkatarrh, 2. Magengeschwür, 3. Magenkrebs, anschlieſsen, auf die er näher eingeht, um zu folgenden Schlüssen zu kommen:

1. Es gibt mit Bestimmtheit eine Magensyphilis.

2. Sie ist prognostisch nicht leicht zu nehmen in Bezug auf die starken Beschwerden, die lange Dauer und die Folgen (Blutungen, Pylorusstenose).

3. Sie kann spontan oder unter dem Einfluſs einer spezifischen Therapie glatt heilen, ist aber, sich selbst überlassen, meist eine gefährliche Erscheinung, während die Behandlung oft überraschend schnell zum Erfolge führt.

Es kommt also darauf an, möglichst frühzeitig die richtige Diagnose zu stellen, um mit der richtigen Therapie frühzeitig und energisch einzusetzen. Man beachte daher die sämtlichen Magenbeschwerden (Schmerzen, Verdauungsstörungen, Brechreiz,

Blutung), man frage, ob der Kranke Syphilis gehabt hat und erwäge dann, ob die vorgefundenen Symptome sich mit der Syphilis in Einklang bringen lassen. Therapeutisch kommen bald das Quecksilber, bald das Jod, bald beide gemeinsam in Betracht, die F. wenn möglich, innerlich oder per Klysma gibt. Das Quecksilber eventuell auch in Form von Inunktionen oder Injektionen. Daneben mufs natürlich die Diät geregelt werden (Milch, warmes Wasser, Vichywasser, Kefir, eventuell Zusatz von Morphium oder Kokain zur Milch). Gegen die Blutungen empfehlen sich Eis und in Eis gekühlte Getränke. Jedenfalls ist bei richtiger Erkenntnis und richtiger Behandlung die Syphilis des Magens heilbar.

II. **Syphilis des Magens**, nach den Vorträgen Dieulafoys, von Levy-Benz-Paris. Im Anschlufs an den Artikel Fourniers teilt L. die Veröffentlichungen Dieulafoys aus den Jahren 1898 und 1902 mit, welche im zweiten Band der *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* erschienen sind. Er schildert einzelne schwere Fälle von Magenerscheinungen, welche vergeblich behandelt wurden, bis die Ursache in der Syphilis entdeckt wurde, ebenso bespricht er die Beobachtungen anderer Autoren, besonders der pathologischen Anatomen Klebs, Weichselbaum, Birch-Hirschfeld, sowie auch die späteren Beobachtungen von Dieulafoy, die mit denen Fourniers übereinstimmen.

III. **Gegenwärtiger Standpunkt der Syphilisfrage**, von Barthélemy. In einem glänzend geschriebenen längeren Artikel verbreitet sich der Herausgeber über den gegenwärtigen Stand der Syphilis, er zeigt, bis wie weit die Ansichten geklärt sind und fest stehen, und weist andererseits auf die vielen Fragen hin, die noch zu lösen sind, er gibt Fingerzeige für viele Themata auf allen Gebieten über Entstehung und Art des Leidens, über die Ziele der Diagnose und Therapie, über hereditäre und erworbene Lues. Vieles ist noch ein Desideratum in der modernen Syphilographie, an dessen Verwirklichung zu arbeiten, B. nicht nur die Kliniker und Ärzte der Städte, sondern jeden Arzt auffordert, der Gelegenheit hat, oft und lange seine Patienten zu beobachten, sieht doch gerade der Kliniker die Patienten nur in einzelnen Stadien und dann nie wieder, während der Praktiker oft das ganze Leben lang den einmal Erkrankten zu sehen Gelegenheit hat und auch dessen Nachkommenschaft beobachten kann. Gerade auf diese Weise wird die Frage der ererbten Syphilis mehr Klarheit erhalten. Das Programm konnte nicht besser entwickelt werden, als durch diese geistreiche Abhandlung Barthélemys.

Die *Revue clinique* bringt Fälle von **Heredosyphilis, Glossitis marginalis hereditaria** und chronischem **Ekzema seborrhoicum** auf luetischer Basis aus dem Hospital Saint-Louis von Ernest Gaucher, sowie eine Kombination von **Psoriasis** und **Lues** aus der Klinik von Brocq, während Barthélemy sich noch über unbehandelte Fälle von Syphilis äufsert.

Es folgen dann die Berichte über die Sitzungen der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilographie vom 7. Mai 1903, und der französischen Gesellschaft für sanitäre und Sittenprophylaxe vom 10. Januar 1903, und ein Bericht über den ersten Kongrefs der Deutschen Gesellschaft für die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.

Im Anschlufs daran finden sich noch einige Referate, Briefkastenfragen und Notizen über die Behandlung des syphilitischen Schankers. Den Schlufs bildet ein Hinweis auf die augenblickliche Bibliographie.

Die Reichhaltigkeit des ersten Heftes wird sicher den Eindruck auf die Leser nicht verfehlen und bei jedem die Überzeugung wachrufen, dafs er es mit einem gesunden und lebenskräftigem Unternehmen zu tun hat, welches zu fördern die Pflicht aller Fachgenossen ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1903. Heft 3.

Der epidemische Pemphigus der Neugeborenen, von Pasini. (Schluſs.) Die Blutuntersuchung ergab eine Abnahme der roten Blutkörperchen bis auf die Hälfte der normalen Anzahl, Abnahme des Hämoglobins, Vorhandensein von Mykrocyten, von Poikylocyten und einigen kernhaltigen Körperchen. Was die weiſsen Blutkörperchen anbelangt, so wurde eine mäſsige Leukocytose konstatiert, ferner eine Zunahme zunächst der mehrkernigen und sodann der einkernigen Leukocyten, Vorkommen zahlreicher Hämatoblasten, schnellere Blutgerinnung. Diese Veränderungen beziehen sich auf die schweren und tödlichen Fälle, da der Verfasser nur einen einzigen Fall mit günstigem Ausgang zu beobachten Gelegenheit hatte. Im Blute und im Inhalte der Blasen hat der Verfasser konstant einen kapsellosen Diplococcus nachgewiesen, der sich leicht auf allen möglichen Nährböden züchten läſst, sich nach der Gramschen Methode und mit allen Anilinfarben färben läſst. Er nennt ihn Diplococcus pemphigi neonatorum. Alle Inokulationsversuche auf Tiere mit Material aus Bouillonkulturen ergaben ein negatives Resultat.

Die Blasen können sich an irgend einer Stelle der Epidermis unterhalb der Hornschicht entwickeln (oberflächliche, tiefe, mittlere Blasen). Die unter den Blasen sich ausbreitende Epidermis zeigt bei den oberflächlichen und mittleren Blasen keine Veränderungen. Die Cutis zeigt Erscheinungen von einfacher, vasaler Anschoppung mit Leukocytenauswanderung; entzündliche Erscheinungen fehlen vollständig.

Der Pemphigus der Neugeborenen ist nach der Ansicht des Verfassers und in Übereinstimmung mit Richter und Bloch als ein bald gut-, bald bösartiges septisches Exanthem zu betrachten, das durch einen spezifischen Mikroorganismus verursacht wird.

Über Pemphigus und pemphigusartige Dermatosen, von Radaeli. In diesem ersten Abschnitte gibt Verfasser die Beschreibung von fünf Krankengeschichten. Wird fortgesetzt. *C. Müller-Genf.*

Bollettino delle malatti veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle.

1903. No. 3.

Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten und der Abolitionismus, Vortrag von Fournier. Vortr. führt die hauptsächlichsten Argumente auf, welche die Abolitionisten gegen die Reglementation der Prostitution geltend gemacht haben, und widerlegt dieselben an der Hand von Beispielen. Er hebt dann hervor, daſs die abolitionistische Föderation, die sich hauptsächlich aus reformierten Geistlichen, Quäkern, sowie besonders Frauen rekrutiert, eigentlich eine rein pietistische Propaganda ist, welche die hygienische Seite der Frage gar nicht berücksichtigt. Demzufolge ist F. in Anbetracht der bedeutenden Gefahren, welchen das einzelne Individuum und die Gesellschaft ausgesetzt ist, der Ansicht, daſs die Prostitution genau beaufsichtigt werden muſs, indem die Freiheit des einzelnen derjenigen der Gesamtheit nachsteht.

1903. No. 5.

Über einige seltene extragenitale Lokalisationen des weichen Schankers, von Fiocco. Verfasser beschreibt zwei derartige Fälle mit Sitz am rechten Mittelfinger und am Zugenrande und gibt den histologischen und bakteriologischen Befund. Eine Reihe von Tafeln illustrieren die diesbezüglichen Erfahrungen anderer Autoren.

Syphilis ulcerosa maligna präcox. Syphilitische Kachexie, welche allen Behandlungsmethoden widerstand und nur durch Anwendung der Pollini-schen Pulver geheilt wurde, von Nicolich. Woraus diese Pulver bestehen, wird

nicht angegeben (oder handelt es sich etwa um das Pollinische Dekokt, welches mit einem Gemische von Sarsaparilla, grünen Nufsschalen und Bimsstein! dargestellt wird?). Jedenfalls war nach den Angaben der Verfassers die Wirkung des Mittels, welches in diesem speziellen Falle auf Anraten Mibellis gegeben wurde, eine geradezu erstaunliche.

1903. Heft 6.

Beitrag zur Indikation des Jodipin Merck bei der Behandlung der Syphilis, von d'Amato. Verfasser rühmt das Jodipin als ein „heroisches rekonstituierendes Spezifikum" bei den Spätformen der syphilitischen Infektion, beim Tertiarismus und bei den parasyphilitischen Affektionen. Es verdankt seine Wirkung einer glücklichen chemischen Kombination, welche das Jod im Sesamöl löst, wodurch die Resorption und die Assimilation der wirksamen Substanz in hohem Mafse begünstigt wird, ohne dabei die geringsten lokalen Störungen zu veranlassen.

C. Müller-Genf.

Clinica dermosifilopatica delle r. Università di Roma.

1903. No. 2.

Xeroderma pigmentosum, klinische und histologische Studie von H. Bettolo. Verfasser hebt besonders den allgemeinen atrophischen Zustand der Haut, besonders an den Stellen, wo die Läsionen vorhanden waren, bei seinem Patienten hervor. Campana knüpft an den Fall folgende Betrachtungen: In Anbetracht des Polymorphismus der Tumoren, die sich hier entwickelt hatten (Epitheliom, Fibrosarkom, Lymphangiosarkom), kommt offenbar die Möglichkeit einer parasitären Ursache der neoplastischen Erscheinungen nicht in Betracht. Es handelt sich vielmehr um jene regulierenden Bedingungen (Nervensystem), welche allein befähigt sind, der Leitung von mehr als einem Gewebe vorzustehen und dadurch verschiedene Wirkungen hervorzubringen. Die Untersuchung des vorliegenden Falles ergibt somit das Fehlen der gewöhnlich bei ähnlichen Tumoren beschriebenen parasitären Formen, dagegen hat der Verfasser bei seinem Patienten in der Haut der befallenen Regionen eine wirkliche Dystrophie nervösen Ursprungs konstatiert.

Ein weiterer Fall von idiopathischem Hautsarkom; miliäre Fibroneurome des Neurofibroms von Recklinghausen, von Lapponi. Aufser den Tumoren in der Haut wurden folgende Veränderungen im Nervensystem vorgefunden: Im Rückenmark, besonders in der Cervikalanschwellung, zeigten viele Nervenzellen der Vorder- und Hinterhörner eine chromolytische Entartung; der Kern ist verschoben, verdickt, zuweilen in zwei oder drei Abschnitte geteilt, das Chromatin ist nicht mehr im ganzen Protoplasma verteilt, sondern spärlich in kleinen, sandartigen Bröckelchen. In den peripheren Nerven sind viele Fasern zerstört, und bei aufmerksamem Nachsuchern im Glycerinbade und Zerzupfen findet man meist miliäre Neurofibrome. Diesen letzteren Befund konstatiert man aber bereits in einer Periode, wo man noch lange nichts von sarkomatösen Veränderungen in der Haut nachweisen kann. Diese Veränderungen des Nervensystems sind offenbar als kongenitale zu betrachten und stehen ohne Zweifel in einem ursächlichen Zusammenhange mit den später auftretenden Tumoren oder anderweitigen Veränderungen der Haut (Xeroderma z. B.).

Die Quellen der Sepsis beim impetiginösen Ekzem, von Pitó. Die Untersuchung einer Reihe von Fällen führen den Verfasser zu folgenden Schlufsfolgerungen: Bei manchen Ekzemen ist die Sepsis die Folge einer direkten Ansteckung von einem benachbarten septischen Schleimhautherde. Das Ekzem würde wahrscheinlich aseptisch geblieben sein, wenn nicht ein solcher infizierter Herd in der Nähe bestanden hätte. Die Sepsis als primäre Ursache des Ekzems ist selten. *C. Müller-Genf.*

Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten.

1903. Bd. V. (April bis Juni.)

Ein Fall von Lepra tuberosa in klinischer, pathologisch-anatomischer und bakteriologischer Beziehung, von J. Hubert. Wenn auch nur ein kasuistischer Beitrag, bietet diese Mitteilung für einen, der Material zur Leprafrage sammelt, einen willkommenen Beitrag, da sie die Krankengeschichte einer 27jährigen schwer Leprösen bis in die ersten Kinderjahre eingehend zurückverfolgt und das Resultat der Sektion ausführlichst wiedergibt. Aufser den enormen Hautveränderungen waren die Schleimhautläsionen der oberen Luftwege bemerkenswert. Auch für die Lokalisation der Leprabacillen in den inneren Organen ist die Mitteilung wichtig.

Über die sog. dystrophische Form der Epidermolysis bullosa hereditaria congenita, von W. Stanislawsky. (Schlufs.) Ein Fall, in die Kategorie der von Hallopeau, Róna u.a. beschriebenen gehörend. Die seröse und sebohämorrhagische Blasenbildung nur an Ellenbogen, Knien, Malleolen, Fufssohlen und Handflächen. Die Haut zeigte papulöse Erhabenheiten auf den Stellen, wo früher Blasen auftraten, mit epidermidalen Cysten darin. Mikroskopische Untersuchung lieferte auch in alten Narben keine elastischen Elemente, was Verfasser auf nervös-dystrophische Reize zurückführt. Die Gefäfse fanden sich sämtlich periarteritisch bezw. phlebitisch verändert. Die Cysten können durch abgeschnürte Abschnitte der Schweifsdrüsen entstanden sein.

Zwei Fälle von Vitiligo, von Sibirsky. Betreffen Vater und Sohn bei excessiver Ausbildung.

Gonococcus Neisser, von A. Paldrock. Literaturübersicht und Besprechung.

Über die Rolle der Heredität bei der Lepra auf Grund einiger Beobachtungen an Neugeborenen, von Reschetillo. Von 28 leprösen Müttern sah Verfasser drei, die Kinder mit ausgeprägten Leprasymptomen gebaren. Aus der Literatur führt er etwa ehn ähnliche Fälle an, wo beide Formen der Lepra bei Neugeborenen beobachtet wurden. Vom darwinistischen Standpunkte aus negiert Verfasser die Erblichkeit der erworbenen Eigenschaften, also auch der Lepra, sucht dagegen zu beweisen, dafs diese sog. Heredität nur eine Infektion mittels des paternen Samens oder Infektion seitens der Mutter während der Gravidität sei. Da übrigens die Lepra bei Kindern nur selten vorkommt (bis zu fünf Jahren höchstens in 5,3%, bis zu zehn Jahren in 14,3% aller Fälle), so ist die Rolle der sog. Heredität bei der Verbreitung der Lepra sowieso schon eingeschränkt.

Über die soziale Prophylaxe der Lepra, von Reschetillo. Da Verfasser ein überzeugter Kontagionist ist, plädiert er eindringlich für einen scharfen Kampf gegen die Leprösen, stellt sich aber bei der Erörterung der zu ergreifenden Mafsnahmen immerhin auf einen humaneren Standpunkt als manche seiner Gesinnungsgenossen.

Über die weifsen, atrophischen und narbenähnlichen perifollikulären Hautflecke des Rumpfes, von W. Iwanow. Gemeint sind die sog. Akneleloide und Narben der Brust und des Rückens. Verfasser grenzt die verschiedenen Formen der Hautatrophie, der Narbenkeloide etc. von einander ab und bringt ausführliche histologische Details.

Die Störungen des Sehorgans bei Gehirnsyphilis, von P. Barabaschew. Die Prädilektionsstelle für Gehirnsyphilis ist das Chiasmagebiet. Der Opticus und Oculomotorius werden am häufigsten befallen, total oder partiell. Die Ungleichheit der Pupillen (Anisokoria) der Syphilitiker ist nicht nukleären, sondern basilären Ursprungs. — Die Sehnervatrophie bei Syphilis wird von Farbenperceptionsstörungen begleitet (Dyschromatopsia). — Wenn nach der Anisokorie Neuritis optica bezw. Neuroretinitis auftritt, so ist syphilitische Basilarmeningitis anzunehmen, was therapeutisch-prognostisch günstiger ist als Anisokoria nukleären Ursprungs. — Auch der Olfactorius wird häufig

in den syphilitischen Prozefs hineingezogen. — In vereinzelten Fä[illegible] beobachtet man pupilläre Störungen schon in den ersten Stadien der Syphilis, [illegible] in vielen Fällen ist jede Therapie machtlos, um fortschreitenden Morbus cerebri [illegible]uhalten.

Ein Fall von Mykosis fungoides ALIBERT, von A. P[illegible]ELOW. Eine ausführliche Krankengeschichte und eine kurze klinische Schilde[illegible]g der Krankheit überhaupt.

Elephantiasis syphilitica, von A. USTINOW. Bei einem 35jäh[illegible]en hereditär-syphilitischen Fräulein, das ostitisch-gummöse Prozesse durchgemacht [illegible]atte, hat sich links elephantiastische Entartung des Unterschenkels und des Fufses [illegible]it Hypertrophie der Knochen (Radiogramme beigegeben) und Exostosen ausgebildet, [illegible]ährend rechts entgegengesetzter, regressiver Prozefs mit Übergang in auffallend[illegible] Atrophie des Unterschenkels und partieller Schwund der Knochen bestand.

Syphilisimpfversuche bei jungen Schweinen, von S. [illegible]OWINSKY. Die Tiere wurden vorher durch gröfsere Gaben Alkohol und Phloridzin geschwächt, um die Empfänglichkeit für das syphilitishe Gift zu erhöhen. Die Versuche verliefen beim Verfasser negativ.

Gonococcus NEISSER, von A. PALDROCK. Literaturübersicht.

Sack-Heidelberg.

Bücherbesprechungen.

Entwicklungsgeschichte des menschlichen Wollhaares, von PH. STÖHR-Würzburg. Mit drei Textfiguren und 48 Figuren. (Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1903.) Schon in dem *Sitzungsber. der phys.-med. Gesellschaft Würzburg*, Jahrg. 1902, findet sich eine Abhandlung STÖHRS über „die Entwicklung des menschlichen Wollhaares", der 1903 die angeführte Arbeit gefolgt ist.

In dieser gibt STÖHR nach einer Einleitung und einem geschichtlichen Überblick über die Forschungen auf dem Gebiet der Entwicklung der Haare, sowie nach einer Darstellung der Technik die Resultate seiner eigenen Beobachtungen wieder.

Zur Untersuchung dienten Föten von 4—7½ Monaten, besonders vom fünften Monat an, so dafs es sich vorzugsweise um die „Sekundärhaare" UNNAS handelt. Die Schnitte wurden senkrecht zur Haut geführt in der Art, dafs die schräg in das Corium hineinwachsenden Epidermiszapfen der Länge nach getroffen wurden.

STÖHR unterscheidet nun vier Stadien in der Entwicklung des Haares: 1. Stadium des Haarkeimes; 2. Stadium des Haarzapfens; 3. Stadium des Bulbuszapfens; 4. Stadium des Scheidenhaares. Dieselben werden der Reihe nach besprochen und im Anschlufs daran der Wulst geschildert.

Erstes Stadium: Haarkeim. Die Epidermis besteht zu dieser Zeit der Entwicklung aus drei Schichten, dem Stratum cylindricum, dem Stratum intermedium, und der Epitrichialschicht. Die ersten Anfänge der Entwicklung des Haares zeigen sich nun durch eine umschriebene Verlängerung der Elemente der ersten Schicht, während die Zellen der zweiten Schicht vermehrt sind; auf der Oberfläche ist keine Erhebung zu konstatieren, dagegen senkt sich der Haarkeim etwas in die Tiefe, so dafs eine Delle im Corium entsteht, dessen Elemente aber durchaus unverändert bleiben. Die erste Anlage des Haarkeimes ist also eine rein epitheliale. Erst etwas später findet man unter dem Haarkeim auch eine Vermehrung der Zellen des Coriums.

Am Ende des ersten Stadiums ist eine gewisse Asymmetrie zu erkennen, indem die Zellen des Haarkeimes nach der einen Seite unter scharfer Umbiegung in zylindrische, nach der anderen Seite in allmählich aufsteigender Linie in kubische Epithelzellen übergehen. Die Kerne der Zellen des Haarkeimes stehen jetzt enggedrängt in meilerförmiger Anordnung.

Zweites Stadium: Haarzapfen. Jetzt hat der Keim deutliche Zapfenform; in den angrenzenden Partien der Epidermis findet man auf der einen Seite die normale Dreischichtigkeit, auf der anderen Seite zwischen Stratum cylindricum und der Intermediärschicht langgezogene, mit ovalen Kernen versehene Zellen: die Anfänge des künftigen Haarkanals. In diesem Stadium ist auch schon eine Anlage der Haarbalgdrüse und des Wulstes vorhanden. Der bindegewebige Haarbalg ist deutlich geworden, und die erste Anlage der Papille zu konstatieren. Auf der einen Seite des Haarzapfens — derjenigen, auf welcher der Zapfen mit der Oberfläche einen stumpfen Winkel bildet — zeigen sich im Corium die ersten Zellen des Arrector, völlig unabhängig von den Zellen des Haarzapfens.

Drittes Stadium: Bulbuszapfen. In diesem Stadium ist der hohle Bulbus pili zu erkennen, dessen Bildung sehr schnell vor sich geht. Die Papille besteht aus dichtgedrängten Zellen; ihre Gröfse ist sehr verschieden. Mit der Entwicklung des Zapfens verknüpft ist die Entstehung des Haarkegels, der sich zuerst durch ein Konvergieren der Epithelzellen über dem unteren Ende des Zapfens nach aufwärts kenntlich macht. Die Spitze beginnt früh zu verhornen. Als erste Spur einer Differenzierung sind die Zellen der Henleschen Schicht zu erkennen, und bald auch diejenigen der Huxleyschen Schicht.

An allen Haarzapfen, in denen der Haarkegel sichtbar ist, ist auch der Wulst gut ausgebildet, ein Gebilde, das bekanntlich von Unna entdeckt worden ist. Der Wulst springt nach der Arrectorenseite hin stärker vor, ist aber auch an der gegenüberliegenden Seite zu erkennen.

Über der Haarkegelspitze liegen Zellen mit grofsen Kernen, die spätere innerste Lage der äufseren Wurzelscheide. Anzeichen von Verhornung findet man hier nicht, dagegen weiter oben über der Talgdrüsenanlage. Dort hat sich der ganze Zellenstrang, der den Weg des später heraufwachsenden Haares markiert, von den benachbarten Epidermiszellen scharf gesondert.

Die Haarbalgdrüse ist etwa um die gleiche Zeit wie der Wulst aufgetreten.

Weiter nach oben findet man zuweilen noch eine dritte, auch schon von Unna gesehene Ausstülpung, die vergänglich zu sein scheint und deren Bedeutung zweifelhaft ist.

Zur Zeit des ersten Auftretens des Haarkegels beginnt auch die Differenzierung der äufseren Glashaut; dieselbe wird von Stöhr als ein Produkt des Bindegewebes erklärt.

Die Ring- und Längsfaserlage sind um diese Zeit noch nicht differenziert, beide sind bindegewebiger Natur.

Im Arrector zeigen sich jetzt schon deutliche Muskelfasern.

Viertes Stadium: Scheidenhaar. In diesem Stadium ist ein deutliches Haar vorhanden, das auch an der Spitze von der über die Mündung der Talgdrüse hinausragenden inneren Wurzelscheide eingehüllt wird. Das oberste Ende derselben beginnt aber schon in diesem Stadium zu zerfallen. In ihrer oberen Hälfte ist die Scheide verhornt, die Kerne der Huxleyschen und Henleschen Schicht lassen sich nach abwärts, letztere bis etwa zur halben Höhe der Haarpapille, unterscheiden. Später reicht diese Differenzierung noch weiter hinab.

Jetzt ist auch Pigment aufgetreten. Stöhr bestreitet eine Einschleppung des

Pigments durch Bindegewebszellen und hält an der epithelialen Entstehung des Pigments fest.

Der Autor bespricht dann die Art und Weise, in der sich die Verhornung vollzieht — Keratohyalinkörnchen und Stäbchen in der Henleschen, Körnchen und Schollen in der Huxleyschen Schicht u. s. w. — und schildert ferner die Bildung des Haarkanals. Derselbe war bis dahin durch einen Strang von Zellen markiert, die in der Verhornung begriffen waren. Jetzt tritt ein Hohlraum auf, der das Haar, die sich aufblätternde innere Wur elscheide und abgestofsene Haarkanalzellen in sich aufnimmt. Die Länge dieses zum gröfsten Teile parallel der Oberfläche verlaufenden Kanals ist bisweilen sehr grofs, event. so grofs wie diejenige der Haarwurzel. Es besteht kein Zusammenhang seiner Wandung mit der obersten Epidermislage, die jetzt noch keine Verhornung zeigt. Das Keratohyalin tritt in den Zellen des Haarkanals in Form feiner Körnchen auf, die sich zu einem Netz von knotigen Strängen gruppieren.

Die gegen die freie Oberfläche gerichtete Wand des Kanals ist sehr dünn; sie wird durch das Haar zerrissen, und damit ist der Durchbruch des Haares vollendet, welches dann gleich in ansehnlicher Länge über das Hautniveau hervorragt. Dasselbe kann dann noch von — bald abfallenden — Teilen der inneren Wurzelscheide umgeben sein.

Am Ende des vierten Stadiums bemerkt man eine Verdichtung der äufseren Glashaut, eine Aufhellung der Zylinderzellen der äufseren Wurzelscheide und einen Stellungswechsel der Kerne derselben. Stöhr ist der Ansicht, dafs diese Vorgänge mit dem Haarwechsel, also dem Absterben des ersten Haares, in Verbindung stehen.

Um dieselbe Zeit beginnt die Entwicklung der inneren Glashaut. Die Zusammensetzung der Glashaut aus zwei Teilen war 1876 von Unna entdeckt, der aber für beide einen bindegewebigen Ursprung annahm. Stöhr ist zu der Überzeugung gekommen, dafs die innere Glashaut epithelialer Herkunft ist, und zwar hält er es für wahrscheinlich, dafs sie ein Ausscheidungsprodukt der peripherstен Zone der Zylinderepithelzellen sei.

Der Wulst. Der Wulst verändert sich während der Entwicklung des Wollhaares nur sehr wenig; erst am Ende derselben verlängert er sich etwas in der Richtung des Verlaufes der Arrectorfasern.

Seine eigentliche Bedeutung erhält der Wulst beim Haarwechsel, indem er das untere Ende des heraufrückenden Kolbenhaares aufnimmt und damit zum Haarbeet wird. Stöhr stellt sich mit dieser Ansicht also auf die Seite Unnas.

Nach einer Betrachtung der verschiedenen Arbeiten über den Wulst fafst Stöhr das Sichergestellte dahin zusammen, dafs der Wulst eine frühzeitig auftretende Anlage des Haarbeetes sei, dessen Entstehung vom Arrector unabhängig ist, dessen weitere Ausbildung in Bezug auf seine Fortsätze allerdings wohl von demselben beeinflufst wird. Ob vom Wulst aus die Bildung neuer Haare erfolgt, ist noch nicht sicher entschieden.

Zum Schlufs gibt Stöhr als Ergebnis seiner Untersuchungen folgendes an:

„Der in seiner ersten Anlage rein epitheliale „Haarkeim", der keine Erhebung der Epidermis bildet, zeigt alsbald eine asymmetrische Anordnung seiner Epithelzellen, welche mit der Bildung des erst viel später hohl werdenden Haarkanals zusammenhängt."

„Der Haarzapfen entwickelt zwei Ausbuchtungen, eine obere, die Anlage der Haarbalgdrüse, eine untere, den Wulst, die Anlage des Haarbeetes, welches viel später das untere Ende des beim Haarwechsel heraufrückenden Kolbenhaares aufnimmt."

„Um die gleiche Zeit tritt die erste Anlage des M. arrector pili auf, und zwar als eine Anhäufung von Mesenchymzellen. Die Vermutung, dafs dieser Muskel epithelialen Ursprungs sei, findet somit keine Bestätigung."

Weiter führt Stöhr als Ergebnis seiner Untersuchungen an, dafs ein verschiedener Modus der Verhornung für die verschiedenen Schichten des Haares und seiner Hüllen festgestellt werden konnte, und dafs gezeigt werden konnte, dafs die Ringfaserschicht bindegewebiger Natur ist, sowie dafs die Glashaut in ihrem äufseren Teile bindegewebiger, in ihrem inneren Teile epithelialer Abkunft ist.

Zum Schlufs erinnert Stöhr daran, dafs Haarbeet und Haarkanal, Bildungen, die relativ sehr spät zur funktionellen Verwendung kommen, schon so frühzeitig angelegt werden, und knüpft daran die Mahnung, für die Erklärung der Wachstumsprozesse die Mechanik nicht allzusehr in den Vordergrund zu stellen.

Ein ausführliches Literaturverzeichnis ist der Arbeit beigefügt. Die mit Hilfe des Zeissschen Zeichenapparates von Stöhr selbst gezeichneten Figuren sind sehr anschaulich und erleichtern das Verständnis ungemein. *Bargum-Altona.*

Beiträge zur Kenntnis der Guajakpräparate. Gekrönte Preisschrift von Walter Friebobs. Mit 10 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke. 1903. Wenn auch vorliegendes Buch in seinen Einzelheiten mehr pharmatiologisches Interesse hat, so ist es für den Dermatologen deshalb von Wichtigkeit, weil die Behandlung der Syphilis mit Guajakholz eng mit der Geschichte dieser Krankheit zusammenhängt und besonders zur Zeit der „Franzosenseuche", am Ende des 15. und Anfang des 16. Jahrhunderts, eine enorme Ausdehnung gewonnen hatte. Das erste Kapitel dieser von der medizinischen Fakultät Rostocks preisgekrönten Arbeit bringt daher eine kurze Kritik der Geschichte der Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der Guajakkur, gegen welche einige Ärzte, wie Paracelsus, als ganz widersinnig, aber ohne Erfolg, auftraten. Kobert würde es, wie er in dem Vorworte, das er dem Buche seines Schülers Friebobs mitgibt, hervorhebt, lebhaft begrüfsen, wenn sich die Syphilidologen auf einem der nächsten Kongresse mit den Guajakpräparaten und besonders den daraus gewonnenen Saponinstoffen beschäftigen würden. Die Zusammenstellung dieser auf zahlreichen experimentellen und anderen Untersuchungen gegründeten Arbeit F.s ergibt in kurzem folgendes:

1. Die Syphilis hat wahrscheinlich schon vor 1492 in der alten Welt existiert. 2. In der Rinde und dem Holze von Guajacum officinale L., einem immergrünen, in Südamerika und den westindischen Inseln vorkommenden bis 13 m hohen Baume, finden sich je zwei Saponine, von denen das eine eine Saponinsäure, das andere ein neutrales Saponin ist. 3. Auch in den Blättern finden sich diese beiden Substanzen, die aber von den Saponinen des Holzes und der Rinde verschieden sind — sie sind eine Vorstufe der letzteren. 4. Die Wurzel enthält in Rinde, Splint- und Kernholz-Saponin, welches wohl identisch mit dem von Rinde und Holz ist. 5. Guajakharzsäure und Guajakonsäure haben keinerlei toxische Wirkungen. 6. Die Guajakpräparate sind therapeutisch zu verwerten, und zwar alle Teile von Guajacum officinale L. und auch das Holz von Bulnesia Sarmienti Lor. Die Holztränke wirken diuretisch und, verbunden mit der Inunktionskur angewendet, vielleicht heilend auf die Syphilis ein. (Der Genufs des Guajaktees bewirkte wahrscheinlich Entgiftung des Körpers durch die Nieren.)

Fr. gelang die Reindarstellung des Saponins, eines Glykosids, nach verschiedenen Methoden, welche er genau erläutert, ebenso wie die angeschlossenen Versuche über die physiologisch-toxikologischen Wirkungen der Guajaksaponinsäure und des neutralen Guajaksaponins, die an Mensch und Tier ausgeführt wurden. Die Ungiftigkeit des Guajaksaponins ermöglichte es nach Verfassers Ansicht, dasselbe pharmazeutisch zu Emulsionen, ebenso wie in der Technik, zu verwenden, während andere Saponine ihrer Giftigkeit wegen auszuschliefsen seien. Ein Literaturverzeichnis, 66 Nummern enthaltend, ergänzt die wertvolle Arbeit. *Stern-München.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Ein Beitrag zur Geschichte des Auftretens der Syphilis in Deutschland, von Paul Richter-Berlin. (*Janus.* 15. Febr. 1903.) Verfasser stellt die Urschriften, die er in der Königl. Bibliothek zu Berlin über das erste Auftreten der Lues in Brandenburg fand, zusammen, wobei es ihm gelang, einige vorher von anderen Autoren noch nicht benutzte Aufsätze zu finden. Es ist nicht ganz klar, ob das Jahr 1493 oder 1495 die Syphilis zuerst in die Mark brachte, doch scheint nach Verfassers Ansicht 1495 das richtige Anfangsjahr der Lustseuche in der Mark zu sein.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Vererbung der Syphilis. Ist eine paterne Vererbung erwiesen? von Rudolf Matzenauer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. No. 7—13.) „Ohne Syphilis der Mutter gibt es keine hereditäre Syphilis", mit dieser einfachen Formel, die im Laufe der Zeiten wiederholt als Dogma aufgestellt, aber niemals von der Allgemeinheit der Ärzte acceptiert worden ist, will M. nunmehr wieder die ganze, viel umstrittene Frage bezüglich der Vererbung der Syphilis lösen. Theoretische Deduktionen, eine kritische Würdigung der wichtigsten Arbeiten und der kasuistischen Mitteilungen, die zu dem Thema bisher erschienen sind, und endlich die zahlreichen persönlichen Erfahrungen und Beobachtungen, die er an dem grofsen Material der Neumannschen Klinik im Laufe der Jahre gemacht, haben M. die Gewifsheit gegeben, dafs es bei der Syphilis, wie auch bei allen anderen Infektionskrankheiten, überhaupt keine germinative Übertragung, also auch keine paterne Vererbung gibt, dafs die Lues vielmehr nur durch placentare Infektion von der Mutter auf das Kind übertragen werden kann. Als Hauptargument für das Vorkommen der paternen Vererbung gilt die feststehende Tatsache, dafs bei sehr vielen Müttern hereditär-syphilitischer Kinder weder Syphilis anamnestisch nachgewiesen werden kann, noch auch syphilitische Manifestationen zur Beobachtung gelangen. Damit ist aber nicht bewiesen, dafs diese Mütter wirklich frei von Syphilis sind: in all den Fällen sind vielmehr sowohl primäre wie etwaige sekundäre Erscheinungen unbeobachtet geblieben, und dafs ist aus verschiedenen Gründen sehr leicht möglich und erklärlich, ohne dafs man gerade Beobachtungsfehler annehmen mufs. Das häufige Übersehen der primären und eventueller sekundärer Symptome erklärt auch auf natürliche Weise all die Fälle, die bisher recht gekünstelt als Choc en retour, Syphilis conceptionelle tardive und Tertiarisme d'emblée gedeutet worden sind. M. hält es also für erwiesen, dafs alle Mütter hereditär-syphilitischer Kinder selbst syphilitisch, wenn auch latent syphilitisch sind; und deswegen sind auch alle Mütter hereditär-syphilitischer Kinder dauernd immun gegen Syphilisinfektion. Ausnahmen von dieser Collesschen Immunität gibt es nicht: die in der Literatur mitgeteilten angeblichen Ausnahmen beruhen alle auf leicht nachweisbaren Irrtümern. Die Fingersche Toxintheorie, der zufolge eine anscheinend gesunde Mutter durch Übertritt von Toxinen von einem ex patre syphilitischen Kinde immunisiert wird, ist falsch; und auch das Profetasche Gesetz, nach welchem gesunde Kinder einer syphilitischer Mutter oder syphilitischer Eltern jahrelang immun gegen Syphilis sein sollen, ist nicht mehr haltbar; bei Syphilis wird keine, auch keine rasch

vorübergehende Immunität vererbt. Die Lues nimmt also auch in dieser Beziehung keine Ausnahmestellung unter den Infektionskrankheiten ein. Ein wichtiges Moment für die Beurteilung mancher merkwürdiger Fälle, die zumeist als strikter Beweis für die paterne Vererbung angeführt werden, ist das Vorkommen der alternierenden Vererbung, die ja auch bei manifest syphilitischen Müttern beobachtet wird, und zwar ohne dafs dieselben je spezifisch behandelt worden wären. Wenn in einer Ehe zuerst ein syphilitisches Kind, dann, etwa nach spezifischer Behandlung des Vaters, ein gesundes und späterhin wieder ein syphilitisches Kind geboren wird, oder wenn eine anscheinend gesunde Frau zuerst mit einem syphilitischen Manne kranke, dann mit einem gesunden Manne gesunde und später wieder mit einem syphilitischen Manne syphilitische Kinder zeugt, so ist das nicht auf eine paterne Übertragung der Krankheit, sondern auf das Phänomen der alternierenden Vererbung zurückzuführen. Und wie in manchen Fällen diese Art der Vererbung, so ist in anderen das spontane oder durch spezifische Behandlung herbeigeführte Erlöschen der Vererbungsfähigkeit zur Erklärung heranzuziehen. Mit zunehmendem Alter, d. h. mit abnehmender Intensität der mütterlichen Erkrankung, nimmt bekanntlich in der Regel die Intensität der vererbten Syphilis entsprechend ab. Diese Erscheinung darf aber nicht so erklärt werden, dafs die Bakterien, die im Laufe der Zeit im mütterlichen Organismus an Virulenz verloren haben, nun auch im kindlichen Organismus nur eine geringe Virulenz entfalten; in dem neu infizierten Individuum, das einen frischen Nährboden darstellt, flackert vielmehr die schon abgeschwächte Bakterienvirulenz wieder zu neuem Leben auf. Wenn aber trotzdem die vererbte Syphilis immer schwächer wird, so ist das wahrscheinlich dadurch bedingt, dafs bei rezenter und daher vollvirulenter mütterlicher Syphilis eine Placentarerkrankung relativ häufiger, frühzeitiger und rascher eintritt, als bei älterer und schon abgeschwächter mütterlicher Syphilis, bei der es später, langsamer und seltener, schliefslich aber überhaupt nicht mehr zu einer Placentarerkrankung und damit zu einer Infektion des Kindes kommt. Je früher aber die Placenta erkrankt, je früher also die Infektion des Fötus erfolgt, desto schwerer ist im allgemeinen die kindliche Erkrankung.

Das sind die wichtigsten Punkte aus dem sicherlich interessanten Vortrage Matzenauers. Die Diskussion, die sich an denselben anschlofs, war aufserordentlich eingehend, sie nahm fünf Sitzungen der Gesellschaft der Ärzte in Anspruch. Die Details dieser Diskussion hier anzuführen, ist schon des Raumes wegen nicht möglich. Überdies brachten auch begreiflicherweise die einzelnen Redner im wesentlichen nichts Neues vor, wenn auch all die zahlreichen Punkte, die bislang schon in dem immer wieder erneuerten Streite über die Vererbung der Syphilis angeführt worden sind, wieder herangezogen und nach beiden Seiten hin besprochen wurden. Von den zahlreichen Rednern stellte sich eigentlich nur Riehl auf den Standpunkt M.s; und auch er erklärte, dafs er die Infektion des schon befruchteten Eis durch das Sperma theoretisch nicht für unmöglich, aber de facto für einen höchstens in Ausnahmefällen vorkommenden Modus der Übertragung halte; eine germinative Übertragung im strikten Sinne hält er für unbewiesen und höchst unwahrscheinlich. Die Äufserungen Paltaufs und auch Grünfelds ergaben eine allerdings nicht sehr weitgehende Übereinstimmung mit den Ausführungen M.s. Dagegen bekämpften Hochsinger, Eduard Lang, Kassowitz, Neumann, Finger, Schiff, Ehrmann, Teleky und S. Klein die Theorie M.s zum Teil in der schärfsten Weise. Mehrfach wurde dabei das Werk Rosinskis, „Die Syphilis in der Schwangerschaft", das auch in *dieser Zeitschrift* warm empfohlen worden ist, als neuer, wertvoller Beweis für die Richtigkeit der von M. bekämpften Theorie citiert. Die Behauptung, die Rosinski auf Grund der Befunde bei zahlreichen Placentaruntersuchungen aufstellt, dafs nämlich „nur der Anteil der

Placenta syphilitische Veränderungen zeigt, dessen zugehöriger Organismus (Mutter oder Kind) erkrankt ist", erklärte Kassowitz für ein neues Argument, das ganz entschieden gegen die Lehre von der ausschliefslich placentaren Übertragung der Syphilis spricht. Paltauf, Riehl und Zeissl, der fast ausschliefslich zu diesem Punkte sprach, und mit ihnen Matzenauer kamen im Verlaufe der Diskussion auf die Frage bezüglich der Infektiosität des Gummas zu sprechen; sie betonten alle, dafs die Lehre von der Nichtinfektiosität der gummösen Syphilisprodukte nicht mehr oder wenigstens nicht mehr im vollen Umfange haltbar ist.

Mehrfach wurde M. der Vorwurf gemacht, dafs sein Vortrag eigentlich nur aus unbewiesenen Thesen und Behauptungen bestände. Demgegenüber erklärte M., dafs der Vortrag nur eine kurze Inhaltsangabe einer ausführlichen, im *Arch. f. Derm. u. Syph.* erscheinenden Arbeit sein sollte. Da erscheint es denn am Platze, mit einem definitiven Urteile über die Theorie und Beweisführung M.s zurückzuhalten, bis diese Arbeit vorliegt. Verlockend wäre es gewifs, wenn die Lehre von der Vererbung der Lues auf die einfache Formel M.s zurückgeführt werden könnte; es ist auch nicht zu leugnen, dafs manche der vorgebrachten Behauptungen sehr plausibel klingen. Doch mufs die angekündigte Arbeit ungleich mehr und stärkere und überzeugendere Beweise bringen, wenn die Theorie von der germinativen Übertragung der Syphilis wirklich erschüttert werden soll. *Götz-München.*

Bemerkungen zu dem Vortrage: „die Vererbung der Syphilis", von Kornel Preisich. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. No. 12.) Der Matzenauersche Vortrag über die Unmöglichkeit einer paternen Vererbung der Syphilis gibt Verfasser Veranlassung, darauf hinzuweisen, wie die Beobachtungen bei der Vererbung der Syphilis unseren bakteriologischen Erfahrungen entsprechen. Alles hängt ab von der Virulenz des Erregers und der Empfänglichkeit des Organismus. Bis zu einem gewissen Grade geschwächte Erreger können in einem Organismus aufgenommen werden, ohne wahrnehmbare Erscheinungen zu machen, aber aktiv dauernd immunisierend. Der reife Organismus verhält sich demselben Virus gegenüber anders als der sich entwickelnde; die Nährböden sind verschieden. — Diese Lehrsätze geben uns für alle Gesetze bei der Vererbung der Syphilis eine ausreichende Erklärung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Erkennung der fötalen Syphilis, von Rudolf Hecker-München. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 45 u. 46.) Unter 62 vollständig sezierten und mikroskopisch untersuchten Todgeburten fand Verfasser bei günstigster Berechnung nur ein Viertel sicher nicht syphilitisch, drei Viertel aber entweder zweifellos oder möglicherweise syphilitisch. Trotzdem man in der Quecksilberbehandlung der Eltern jetzt ein Mittel weifs, die Erzeugung gesunder Kinder an Stelle der todfaulen oder syphilitischen zu ermöglichen, ist die Zahl der Todgeburten in den grofsen Städten in den letzten Jahrzehnten nicht geringer geworden. Grund dafür ist wohl, dafs die Diagnose im Einzelfalle meist nicht gestellt wird; die Entscheidung ist auch oft sehr schwierig. Grobanatomische Veränderungen fehlen nicht selten vollständig. Von allen bestimmt luetischen Früchten aus des Verfassers Material konnte bei der Sektion noch nicht einmal die Hälfte als solche gekennzeichnet werden; in drei Fällen fehlte überhaupt jeder irgendwie verdächtige Befund. Weitaus am regelmäfsigsten zeigte sich die Milz erkrankt, in zweiter Linie die Knochen, viel seltener schon die Leber; Veränderungen an diesen drei Favoritorganen stellen aber durchaus keine conditio sine qua non zur Annahme fötaler Syphilis dar. Die Wagnersche Osteochondritis fehlte in einem Drittel der Fälle, wenigstens makroskopisch. — Der histologischen Untersuchung von Todgeburten stellt der mehr oder weniger mazerierte Zustand, in dem sie ausgestofsen werden, sehr erhebliche Schwierigkeiten entgegen.

Gewisse Organe vermögen aber dem Mazerationsprozefs besonders lange zu widerstehen und sind deshalb trotz relativ vorgeschrittener allgemeiner Fäulnis dankbare Objekte zur mikroskopischen Bearbeitung. Am frühesten unterliegt die Leber der Einwirkung der Fäulnis, dann der Reihe nach Pankreas, Milz, Lunge, Thymus, Niere und Knochen. Die Niere war in 24% der Fälle sogar das einzige Organ, das überhaupt noch eine Färbung zuliefs; sie ist, da der Knochen wegen der Schwierigkeit der Einbettung nicht in Betracht kommt, das bei weitem geeignetste Objekt zur histologischen Untersuchung mazerierter Früchte, und auch ein sehr dankbares Objekt, da ihre Beteiligung an den Veränderungen der fötalen Syphilis eine sehr regelmäfsige ist. Sie steht in der Häufigkeit der Beteiligung an der Spitze aller Organe, dann folgen der Reihe nach Milz, Thymus, Pankreas, Knochen, Leber, Lunge, Nabel. Leber und Lunge fanden sich nur in 23% bezw. 17% der untersuchten Fälle erkrankt, der Knochen in 43%. Was bei der Sektion als Knochenerkrankung angesehen wurde, erwies sich unter dem Mikroskop oft nur als einfacher Mazerationseffekt oder als Ungleichheiten in der Schnittführung; die Diagnose Osteochondritis ist also mit grofser Vorsicht zu stellen.

Verfasser fafst die zur Diagnose der fötalen Syphilis gegebenen Anhaltspunkte in folgender Weise zusammen.

Makroskopische Diagnose:

I. Sichere Zeichen (Nachweis eines Zeichens genügt zur Diagnose).

1. Ausgesprochene Osteochondritis mindestens II. Grades (zackige Knorpelknochengrenze an der unteren Femurepiphyse, Verbreiterung der Knorpelwucherungs- und der vorläufigen Verkalkungszone).

2. Ausgesprochene Gewichtsvermehrung und Verhärtung entweder der Milz oder der Leber; die Leber mufs aufserdem die charakteristische Verfärbung und erhöhte Elastizität aufweisen.

3. Gröbere cirrhotische Prozesse in Leber oder Lungen.

4. Ausgesprochene weifse Pneumonie.

5. Papulöse und vesikulöse Syphilide.

II. Wahrscheinliche Zeichen (mindestens zwei Zeichen zur Diagnose notwendig).

1. Osteochondritis I. Grades.

2. Erhebliche Gewichtsvermehrung ohne Verhärtung von Leber, Milz oder Nieren.

3. Gummabildung. (Verwechslung mit kongenitaler Tuberkulose oder Fäulnisflecken möglich.)

4. Dubois'sche Thymusabscesse.

5. Nicht sehr ausgesprochene weifse und interstitielle Pneumonien.

6. Verhärtung des Pankreas.

7. Makulöse Syphilide (Verwechslung mit Fäulnisflecken).

8. Papulöse und vesikulöse Syphilide bei beginnender Mazeration.

III. Unsichere Zeichen. (Sind nur solche vorhanden, so ist die mikroskopische Untersuchung zur Diagnose notwendig.)

1. Alle „wahrscheinlichen" Zeichen, wenn sie nur wenig ausgesprochen, undeutlich oder durch Mazeration verwischt sind.

2. Erytheme.

3. Circumskripte Verdickungen in der Darmwand.

4. Multiple Hämorrhagien.

5. Ascites.

6. Zurückbleiben in Länge und Gewicht gegenüber den Normalzahlen.

Alle diese unsicheren Zeichen können auch bei nicht syphilitischen Früchten vorkommen.

Mikroskopische Diagnose:

Niere.

1. Vorgänge an den Gefäßen: die zellige Infiltration der Wandung und Umgebung der kleinsten Rindenarterien ist pathognomonisch für Syphilis und fehlt fast nie; ist sie vorhanden, so erübrigt sich die Untersuchung aller anderen Organe.

2. Vorgänge am Bindegewebe: diffuse Infiltrate, interstitielle Entzündungen, Cirrhosen, circumskripte Infiltrate und Gummen. Sie sind pathognomonisch, kommen aber beim Fötus nicht sehr häufig zur Beobachtung.

3. Vorgänge am Epithel; beim Fötus sehr selten.

4. Entwicklungsstörungen.

a) Gesteigerte Entwicklung (Epithelproliferation).

b) Gehemmte Entwicklung (verminderte Zahl der Glomeruli, Vorhandensein von Pseudoglomeruli noch zur Zeit der Geburt, Hineinragen „neogener" Gewebszüge in das Innere des Parenchyms).

c) Verbreiterung des Mesenchyms.

d) Entwicklungsstörungen am Epithel der Harnkanälchen und Glomeruli.

Diese verschiedenen Störungen in der Entwicklung sind noch vielfach Gegenstand der Kontroverse und daher praktisch noch wenig verwendbar.

Milz: zellige Infiltration der Wandungen mittlerer und größerer Gefäße.

Thymus: interstitielle Entzündung mit sekundärer Schrumpfung des Organs.

Pankreas: interstitielle Entzündung.

Leber. Finden sich in dem frischen Organ ausgesprochene interstitielle Entzündungserscheinungen, arteriitische Prozesse oder zweifellose Gummen, so ist die Diagnose nicht schwer. In weniger vorgeschrittenen Fällen aber ist eine sichere Entscheidung, auch wenn noch keine Mazeration vorhanden ist, außerordentlich schwierig.

Lunge. In wenig ausgesprochenen Fällen ist die mikroskopische Diagnose sehr schwer. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Zur Frage der Syphilis congenita, von Guiseppe Profeta. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 51.) Auf Grund eines Falles hat Glück die allgemeine Gültigkeit des Profetaschen Gesetzes bezweifelt. Ein von der luetischen Mutter gepflegtes Kind bekommt im dritten Lebensmonat ein Geschwür am Knie, Drüsenschwellung und Hautausschläge. Glück nimmt an, daß es sich um acquirierte Lues des Kindes handelt. Profeta bezweifelt die Richtigkeit dieser Annahme. Die Erscheinungen sind sehr wohl durch hereditäre Lues zu erklären. „Ein von einer luetischen Mutter gesund geborenes Kind kann unmöglich früher an Syphilis erkranken, als bis sich durch das Wachstum der Organismus erneuert." Profeta warnt vor einem Abweichen von diesem vor 37 Jahren von ihm aufgestellten Gesetze, vor allem aber davor, einem solchen Kinde eine andere gesunde Amme zu geben.

Darauf antwortet Glück: Die acquirierte Syphilis des Kindes ist zweifellos, trotzdem die Mutter eklatante Syphilisrezidive an der Mamma zeigte. Es handelte sich sicher um einen Primäraffekt. Mit vielen anderen Autoren bezweifelt er die Gültigkeit des Profetaschen Gesetzes. Manche Differenz ergebe sich daraus, daß Profeta eine Arbeit nur nach einem Referat beurteile. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Syphilis congenita. (*Bollet. delle mal. ven., sifil., urinar. e della pelle.* 1903. No. 1.) Eine Replik von Profeta auf einen Artikel von Glück in der *Wiener med. Wochenschr.*, worin dieser Autor die Richtigkeit des sog. Profetaschen Gesetzes leugnet. *C. Müller-Genf.*

Zur Diagnose und Behandlung der hereditären Syphilis, von E. Harrison Griffith. (*New York med. Journ.* 14. März 1903.) Gr. hebt hervor, wie häufig hereditäre Syphilis nicht erkannt und meist nur für Tuberkulose (wie früher für Skrophulose) gehalten werde. Ein Teil dieser Mifsgriffe sei darauf zurückzuführen, dafs allgemein die Hutchinsonschen Zähne für ein regelmäfsiges Symptom der hereditären Lues angesehen werden, während sie in Wirklichkeit nur in circa 15% der Fälle vorkommen; so würden circa 85% nicht richtig diagnostiziert. Gr. führt eine Reihe von (elf) Fällen aus seiner reichen Erfahrung an, wodurch in der Tat die häufigen Fehldiagnosen in trefflicher Weise illustriert werden. Sehr oft wird z. B. Syphilis der Hoden für Tuberkulose gehalten und die Kastration vorgenommen, obwohl eine Jodkalium- oder Mischbehandlung sehr wohl zur Heilung hätte führen können. Eine Anzahl von Fällen von sog. Hereditärsyphilis sind nach G.s Überzeugung einfache Fälle von Tertiärsyphilis, wo der Primäraffekt (sehr häufig extragenital) übersehen wurde, und die Krankheit dann einen latenten Verlauf hatte. Wie viele Kinder mit Coryza, Drüsenschwellungen, Knocheneiterungen würden jahrelang mit Lebertran und Jodeisensirup traktiert, während Jodkalium und Quecksilber sehr rasch Heilung bewirken könnten, wie einige Fälle G.s in drastischer Weise dartun. Auch stets wiederkehrende Abscesse am Halse sollten Verdacht auf Syphilis (Gumma) erwecken, und schliefslich ist es besonders die mangelhafte Untersuchung der Mundhöhle, welche zu falschen Diagnosen führt (Narben, Perforationen). Gr. führt diese Fehler, welche so vielen Leuten für ihr späteres Leben ihr sichtbares Mal aufdrücken (eingedrückte Nasen, äufsere Narben, Knochendefekte) auf einen grofsen Mangel im Unterricht zurück, die jungen Mediziner würden nicht gelehrt, in welch verschiedener Weise die ererbte Syphilis auftreten kann. *Stern-München.*

Beiträge zur Kenntnis der kongenitalen Syphilis der Leber, von Paul Erdmann-Leipzig. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1902. Bd. 74.) E. behandelt die kongenitale Syphilis der Leber, indem er der normalen Anatomie der Leber des Neugeborenen besondere Beachtung schenkt und eine gröfsere Anzahl von Lebern nicht syphilitischer Früchte untersucht, einmal, um über das Stützgewebe der Leber, über welches bei dem Neugeborenen fast keine Untersuchungen vorliegen, Aufschlufs zu gewinnen, und zweitens, um den Blutbildungsprozefs in der fötalen Leber einer Prüfung zu unterziehen. Darauf bespricht er elf Fälle von hereditärer Syphilis der Leber der Neugeborenen und Kinder, die er dann mit den normalen Lebern vergleicht. Mehrere gute Abbildungen dienen zu Illustrationen. Ein näheres Eingehen auf die umfangreiche, geschickte Arbeit würde zu weit führen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von Syphilis tarda, von J. Lippe-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Febr. 1903.) Interessanter Fall zur Kasuistik der hereditären Spätsyphilis; er betraf einen siebenjährigen Knaben, welcher an Coryza, Drüsenschwellung, Geschwüren an der Nase mit Verdickung der Knochen, und am Gaumen litt. Die Diagnose blieb wegen kurz vorher überstandener Schafblattern, wobei die Drüsenschwellung sich eingestellt hat, lange zweifelhaft. Die gemischte Behandlung mit Quecksilber und Jodkalium brachte rasch Besserung des lokalen wie Allgemeinbefindens und nach einem Monat Heilung. Erst später konnte ermittelt werden, dafs die Mutter kurz vor der Geburt des Kindes ein Geschwür und eine Hauteruption hatte und der Vater nun an Tabes litt. *Stern-München.*

Bericht über die vier fälschlich für Blattern angesehene Fälle von Syphilis, mit Bemerkungen über die Differentialdiagnose dieser beiden Krankheiten, von Jay F. Schamberg-Philadelphia. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 1902. No. 22.) Unter 1900 Pockenfällen waren vier Fälle frischer Syphilis mit der Diagnose Pocken in das städtische Krankenhaus eingewiesen worden. Derartige Irrtümer sind durchaus

entschuldbar. Namentlich das pustulöse Syphilid kann dem Pockenexanthem sehr ähnlich sein, und die Ähnlichkeit der Krankheitsbilder kann zuweilen soweit gehen, dafs es selbst für ein geübtes Auge unmöglich ist, nach einmaliger Untersuchung die entscheidende Diagnose zu stellen. Bei der Differentialdiagnose ist die Entstehungsgeschichte, die Art des Ausbruchs der Krankheit, die bei Blattern gewöhnlich sehr rasche Verbreitung des Exanthems, die Verteilung und der Charakter des Exanthems, und, wie in der Diskussion von Ravogli hervorgehoben wird, der Zustand der Mundschleimhaut zu berücksichtigen. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Beitrag zur Anatomie des Primäraffektes, von Robert Bernhardt. (*Gas. lekarska.* 1903. No. 13 u. 14.) Die histologischen Untersuchungen der Primäraffekte werden in der Regel erst nach der Feststellung der Diagnose aus den klinischen Erscheinungen, d. h. in der dritten bis fünften Woche nach der Infektion, vorgenommen. Verfasser beschreibt nun den Befund der mikroskopischen Untersuchung eines Primäraffektes, das 6½ Tage (ca. 160 Stunden) nach der Infektion exzidiert wurde. Die Diagnose war vor der Exzision durch Konfrontation höchst wahrscheinlich, in der siebenten Woche durch Auftreten sekundärer Erscheinungen ist sie bestätigt worden.

Das exzidierte Geschwür wurde in Alkohol fixiert, in Paraffin eingebettet und nach üblichen Methoden gefärbt. Die hyperplastische Wucherung war sowohl im Epithel als auch im Bindegewebe der Haut deutlich sichtbar. Die Zellinfiltration beginnt um die Venen, teilweise auch um die Kapillaren herum. Die Beteiligung der Arterien an diesem Prozesse konnte nicht konstatiert werden; über die Lymphgefäfse will sich der Verfasser nicht aussprechen.

Die Zellen, welche die Infiltration des Primäraffektes bedingen, entstehen hauptsächlich durch Wucherung der Zellelemente der Aufsenhaut der Venen, obwohl auch die fixen Bindegewebszellen dabei lebhaft mitbeteiligt sind.

Ab und zu wurden Bilder gesehen, welche auf die Bildung eines jungen Bindegewebes schliefsen liefsen; doch konnte nicht festgestellt werden, ob es dabei in der Tat zur Bildung einer neuen fibrillären Substanz kommt. Das elastische Gewebe verhält sich ganz passiv und geht mit dem Fortschreiten des Krankheitsprozesses zu Grunde. *Leo Feuerstein-Bad Hall.*

Beiträge zur Kasuistik und Statistik der extragenitalen, syphilitischen Primäraffekte, von Curt Friedmann. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1902.) Bis zum Jahre 1881 wurde die Bedeutung der extragenitalen Syphilisinfektion noch sehr verkannt, erst Fournier machte auf dieselbe aufmerksam. Seit jener Zeit ist die Literatur von Jahr zu Jahr bereichert worden. Auf Veranlassung Herxheimers stellt Verfasser die seit 1896 veröffentlichten Fälle zusammen und teilt 29 Krankengeschichten mit. In denselben safs der Primäraffekt 20 mal auf den Lippen, 3 mal auf dem Kinn, je 1 mal auf den Tonsillen, Zunge, Augenlid und Brustwarze, 2 mal auf den Oberschenkeln. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein eigenartiges hämorrhagisches Syphilid der Haut, von P. Thimm-Leipzig. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 14.) Hämorrhagische Syphilide gehören bei der acquirierten Syphilis zu den gröfsten Seltenheiten. Die Beobachtung des Verfassers verdient daher besondere Aufmerksamkeit. Ein Patient, der sich wahrscheinlich kurz vor seiner Rückkehr aus Brasilien infiziert hatte, stellte sich dem Verfasser mit einem grofsen Primärulcus am Gliede vor, dem sehr bald eine kolossale Leistendrüsenschwellung beiderseits folgte. Wenige Wochen später trat unter Störung des Allgemeinbefindens, erhöhten Temperaturen ein spärliches, grofspapulöses Exanthem auf, lokalisiert besonders an den seitlichen Rumpfteilen und an den inneren und hinteren Flächen der Oberschenkel. Am zweiten bis dritten Tage der Allgemeineruption machten sich plötzlich an mehreren Stellen der genannten Körpergegenden kreisrunde,

auffallend hellrote, etwa fünfmarkstückgroſse Flecke bemerkbar, die als flaches Beet plateauartig die Körperdecke etwa um $^1/_2$ mm überragten. Ein Odem der Scheiben durch Druck war nicht nachzuweisen. Das Zentrum der Flecke hatte die gleiche schmutzig rote Farbe wie die benachbarten Papeln. Nach drei Tagen hatte sich die Oberhaut des dunkler gefärbten Zentrums zu einer Blase erhoben, die mit dunklem, flüssigem Blut gefüllt war; solcher Blasen konnte Verfasser 17 feststellen. Die Blasendecke platzte nach kurzer Zeit, der bloſsgelegte Blasengrund nahm eine geschwürige Beschaffenheit von ausgesprochen nierenförmiger Gestalt an, während der heller rote, elevierte Hof immer flacher und dunkler wurde und schlieſslich einen groſsen, runden, sepiabraun gefärbten Fleck bildete. Die Absonderung der Geschwüre war nicht erheblich; durch Eintrocknung des Sekretes zusammen mit dem Blut und der Blasendecke kam es zur Ausbildung einer typischen, nur durch die vom eingetrockneten Blut herrührende schwarzbraune Färbung der Kruste besonders charakterisierten Rupia syphilitica. — Die Behandlung bestand in Injektionen von Sublimat-Kochsalzlösung; es erfolgte in wenigen Wochen Heilung, an Stelle der Flecke blieben schmutzig braune Pigmentationen zurück. — Daſs die hämorrhagischen Herde als Produkte der syphilitischen Infektion aufzufassen sind, ist wohl zweifellos. Über ihre Genese läſst sich nur vermuten, daſs das syphilitische Virus eine Schädigung der peripheren Gefäſse hervorgerufen haben mag. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Syphilis des Kehlkopfes, von Charles M. Robertson-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 17. Jan. 1903.) Verfasser gibt eine Beschreibung der klinischen Symptome der sekundären und tertiären Kehlkopfsyphilis mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegenüber Carcinom und Tuberkulose, sowie in kurzen Zügen die Richtschnur für die allgemeine und örtliche Behandlung.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Beitrag zur Knochensyphilis im Röntgenbilde, von von Niessen-Wiesbaden. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. IV. No. 4.) Mit seinen Syphilisbacillen in Reinkultur wurde vom Verfasser unter anderem ein Schwein syphilitisch gemacht. In dem mit menschlicher Lues völlig konformen Verlauf traten im Verlaufe eines Jahres etwa ein papulöses Exanthem, Gummata der Haut und Kieferknochen, Schleimhauterkrankungen, Rhachitis auf. Die Sektion bestätigte die Gummata, die Rhachitis und ergab auch hochgradige Osteomalacie, Dislokation und Störung der zweiten Dentition, Cirrhose der Milz und Leber, Arteriitis obliterans u. s. w. Die Infektion durch subcutane Injektion fand bei einem jungen Ferkel statt, aus dem Blute wurde das verimpfte Contagium kulturell reproduziert. Ebenso reagierte ein Pferd auf Lues, die Sektion bestätigte dieses. Beigegebene gute Röntgenphotographien zeigen die Veränderungen der Knochen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Syphilitische Periostitis des Warzenfortsatzes, von F. J. Collet und Maurice Beutter. (*Lyon méd.* 1903. No. 19.) Bei einer 53jährigen Frau trat unmittelbar, nachdem eine luetische Periostitis der Tibia unter dem Einflusse energischer, spezifischer Behandlung zur Heilung gekommen war, eine sehr schmerzhafte Anschwellung über dem linken Warzenfortsatz auf. Die Haut über der Schwellung war nicht gerötet, die retroaurikuläre Furche nicht verstrichen; die Temperatur war normal, dagegen die Hörfähigkeit beiderseits stark vermindert. Eine Perforation des Trommelfells oder eine Narbe, die auf eine vorausgegangene Eiterung hätte schlieſsen lassen, war nicht vorhanden. Bei der Durchleuchtung mittels des von Urbantschitsch angegebenen Verfahrens erwiesen sich die Zellen des Warzenfortsatzes als transparent, sie enthielten demzufolge keinen Eiter. Es handelte sich nach alledem um eine syphilitische Periostitis des Warzenfortsatzes; dieselbe kam unter Quecksilber-Jodkaliumbehandlung im Verlauf weniger Wochen vollständig zur Heilung. *Götz-München.*

Zwei Fälle von interstitieller Nephritis bei Syphilis hereditaria, von Sutherland und Th. Walker. (*Brit. med. Journ.* 25. April 1903.) Die Verfasser teilen die Krankengeschichte zweier Fälle mit.

Der erste Fall betraf ein 16 Monate altes Kind, dessen Vater Syphilis gehabt hatte und später an einer Herzaffektion gestorben ist. Bis zum sechsten Monate war das Kind scheinbar gesund, als es eines Tages eine Entzündung des rechten Auges bekam und von der Zeit an sichtlich abmagerte. Bei der Aufnahme im Krankenhause zeigte die Patientin deutliche Zeichen kongenitaler Lues in dem welken Gesichte, trüben, greisenhaften Aussehen an den Wunden um den Anus. Sie lag in halbkomatösem Zustande da und wies Lähmungserscheinungen auf. Während der rechte Arm völlig bewegungslos war, machte die linke Extremität eigentümliche, unwillkürliche, athetotische Bewegungen. Eine eingeleitete Merkurialbehandlung brachte keine Besserung. Es trat Retentio urinae und unter urämischen Erscheinungen der Tod ein.

Die Sektion ergab syphilitische Endarteritis der linken mittleren und vorderen Cerebralarterien, Erweichung des linken Frontallappens und akute interstitielle Nephritis. Ein Durchschnitt der rechten Niere zeigte schon makroskopisch vier Fünftel der Nierensubstanz an der blassen Farbe derselben als erkrankt, während ein Fünftel mit seiner dunklen, normalen Farbe von jenem sich scharf abhob. Die linke Niere war in ähnlicher Weise, aber geringerem Grade verändert. In diesem wie in dem zweiten Falle bestand der Prozeſs, der sich in den Nieren abspielte, in einer diffusen Infiltration des interstitiellen Gewebes der Rinde. *C. Berliner-Aachen.*

Die syphilitische Natur der Tabes und allgemeinen Paralyse, von Leredde-Paris. (*Philad. med. Journ.* 18. April 1903.) Verfasser widerlegt in erster Linie die Ansicht von der Unheilbarkeit der Tabes und progressiven Paralyse, und zwar an 26 aus der Literatur gesammelten Fällen. Er hebt sodann die Möglichkeit hervor, daſs es sich in all diesen Fällen nicht um wirkliche Tabes oder Paralyse gehandelt habe, sondern um die sog. syphiltische oder abortive Form dieser beiden Neurosen. In längerer Auseinandersetzung kommt er jedoch zu dem Schlusse, daſs es in Wirklichkeit solche Pseudo- oder Abortivfälle nicht gibt, oder daſs sie in keiner Weise von der wirklichen Tabes oder Paralyse zu unterscheiden sind; es müssen daher — dies ergibt sich für L. als theoretische Folgerung — alle Fälle von Tabes und Paralyse von Anfang an energisch mit Quecksilber behandelt werden. Dies muſs bis zu den Grenzen der jeweiligen Widerstandsfähigkeit des Organismus geschehen, und um dies Resultat zu erzielen, sind nach L. Injektionen löslicher Quecksilbersalze notwendig. Einem gesunden, kräftigen Erwachsenen können entweder 0,03—0,045 Hg benzoic. in normaler Kochsalzlösung oder Hg bijodat., in gewöhnlichem Wasser gelöst, wozu eine geringe Menge von Jodnatrium gefügt wird, täglich injiziert werden; diese Salze enthalten ca. 45% Quecksilber, so daſs die tägliche Durchschnittsdosis $1^1/_4$ g beträgt. Man soll jedoch mit kleineren Dosen beginnen; wenn Fieber, Abmagerung oder schlechte Verdauung sich einstellt, dann ist die Maximaldosis erreicht. Der Zustand des Mundes ist für L. ohne Bedeutung, solange als das Zahnfleisch sorgfältig von Beginn der Behandlung an gereinigt und während derselben der Mund rein gehalten wird. Im allgemeinen ist für Patienten mit Tabes die Quecksilberbehandlung nicht gefährlich; vielleicht bietet sie Gefahren bei Atrophie des Nervus opticus, aber auch die Ophthalmologen sind über diesen Punkt nicht einig. Auch bei der progressiven Paralyse kann dadurch jeder Schaden verhütet werden, daſs man allmählich die tägliche Quecksilberdosis vermehrt. Andererseits sind die Gefahren des Jodkalium in manchen Fällen von allgemeiner Paralyse unleugbar; ob sie nicht durch anfänglich ganz kleine Dosen und allmähliches Ansteigen derselben zu überwinden sind, ist noch fraglich; da es aber ein sehr wertvolles Mittel bei syphilitischen Prozessen, speziell

bei langsam verlaufender Sklerosis, ist, so sollte man es immerhin versuchen. Bei Tabes hält L. die Jodkaliumanwendung für ungefährlich, glaubt aber, es bestehe kein Grund zu dessen regelmäfsigem Gebrauch. *Stern-München.*

Über gummöse Syphilis der Mamma, von Julius Heller-Berlin-Charlottenburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 17.) Bei einer 65jährigen Frau, bei der im Verlaufe der letzten drei Jahre an den verschiedensten Stellen des Körpers Gummen aufgetreten waren, zeigte sich in der Tiefe der linken Mamma im unteren äufseren Quadranten eine nufsgrofse, knorpelharte, von dem umgebenden Gewebe scharf abgegrenzte Geschwulst, von der nach allen Richtungen hin deutlich abtastbare Stränge ausgingen. Der Tumor, der vollkommen den Eindruck eines Scirrhus der Mamma machte, verschwand unter der eingeleiteten Jodbehandlung im Verlaufe von vier Monaten, ohne eine nachweisbare Spur zu hinterlassen. Wenige Monate später entstand am oberen äufseren Quadranten der linken Mamma eine Geschwulst, die ihrer ganzen Beschaffenheit zufolge sofort als Gumma gedeutet werden konnte, im Verlaufe von drei Monaten bis zu Kindskopfgröfse anwuchs und dabei immer weicher wurde; die Haut über dem Tumor blieb unverändert und war stets verschieblich. Da weder Resorption noch ein spontaner Aufbruch eintrat, mufste zur Operation geschritten werden, und es ergab sich, dafs die Geschwulst retromammillär gelegen und von einer 2—3 mm starken Kapsel umgeben war und ca. ½ Liter wässerig-gummöse, flockige Flüssigkeit enthielt. Die Kapsel war mit der Mamma und mit der Brustwand fest verwachsen und konnte nicht exstirpiert werden; trotzdem erfolgte glatte Heilung. Es handelte sich hier zweifellos um ein grofses, retromammilläres Gumma, das von der Fascie des M. pectoralis oder vom Muskel selbst ausgegangen war; der flüssige Inhalt war das verflüssigte Zentrum des Gummas. Der Fall ist interessant, da ein retromammilläres Gumma bisher intra vitam noch nicht beobachtet worden ist.

H. schildert weiterhin den in einem anderen Falle von Gumma der Brustdrüse erhobenen histologischen Befund, der die gewöhnlichen, bei gummösen Geschwülsten sich findenden Details ergab, und führt dann noch einige Details aus dem klinischen Bilde der gummösen Mastitis an, wie sie in den spärlichen, bisher veröffentlichten Beobachtungen mitgeteilt sind. *Götz-München.*

Leberresektion wegen Gumma, von Emmerich Ullmann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. No. 6.) Eine 49jährige Patientin, die nach der Verheiratung mehreremal abortiert, dann mehrere Kinder geboren hatte, die bald nach der Geburt starben, sehr heruntergekommen, zeigte einen Lebertumor. Es war zweifelhaft, ob es ein Gumma oder Carcinom war. Verfasser schritt zur Operation, resezierte den Tumor und fixierte die stark blutende Wundfläche der Leber durch Nähte an die Bauchdecken. Heilung. Der Tumor erwies sich als Gumma. (Trotz des guten Verlaufes ist es absolut nicht zu billigen, dafs Verfasser von einer probeweisen antiluetischen Behandlung absah, bevor er zur Operation schritt. Die Chirurgie mag noch so Hervorragendes leisten, eine Leberresektion bleibt immer ein so schwerer, lebensgefährlicher Eingriff, dafs es unverzeihlich ist, wenn nicht vorher eine bei vernünftiger Leitung absolut unschädliche Kur versucht wird. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über eine bei Syphilitischen vorkommende Quecksilberreaktion, von Rille-Leipzig. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 6.) K. Herxheimer und Krause machten kürzlich auf eine bisher nicht genügend gewürdigte reaktive Hauterscheinung bei Syphiliskranken, welche Quecksilberkuren unterzogen wurden, aufmerksam. In der Literatur fanden sie darüber nur von Jarisch und Jadassohn Notizen. Dazu bemerkt Rille, dafs ihm die betreffenden Hautveränderungen genau bekannt sind, und verweist auf eine Stelle in seinem Lehrbuch, sowie auf eine aus seiner Klinik hervorgegangene Arbeit von K. Baer. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Die Prognose und Behandlung der syphilitischen Erkrankung des Nervensystems, von W. R. Gowers. (*Brit. med. Journ.* 4. April 1903.) Bei allen syphilitischen Prozessen kann man zwei Grundelemente unterscheiden, und zwar die entzündlichen und die neoplastischen. Je akuter der Prozefs ist, desto mehr wiegen die entzündlichen Elemente vor. Die syphilitische Erkrankung trifft direkt vom Nervensystem nicht so sehr die Nervensubstanz und die Nervenelemente, als die dieselben versorgenden Blutgefäfse und die Membranen, welche sie einschliefsen und gegen die Umgebung schützen. Erst sekundär können die Nervenelemente, sei es, dafs sie durch syphilitische Produkte gedrückt, komprimiert oder durch Erkrankung der zugehörigen Blutgefäfse in der Ernährung und in ihren Funktionen gestört werden, schliefslich degenerieren und dauernde Veränderungen eingehen. Die spezifische Behandlung mit Quecksilber und Jod wird somit nur auf den eigentlichen, syphilitischen Prozefs, auf die syphilitische Erkrankung der Blutgefäfse, auf die Gummata einwirken und erst indirekt auch das Nervensystem günstig beeinflussen, wofern dasselbe nicht bereits dauernde Schädigungen erfahren hat. *C. Berliner-Aachen.*

Die klimatische Behandlung der Syphilis, von Douty - Davos. (*Brit. med. Journ.* 28. Febr. 1903.) Der Verfasser will nicht etwa die merkurielle Behandlung der Syphilis durch eine rein klimatische ersetzen. Er glaubt aber, dafs ebenso wie beim Tuberkulösen, so auch beim Syphilitiker das Hauptaugenmerk auf eine frische, reine Luft und eine kräftige Ernährung zu richten sei. Die Syphilis sei ein Gift, das den Körper schwäche und für andere Krankheit, z. B. Tuberkulose, Nervenkrankheiten, empfänglicher mache. Dem könne vorgebeugt werden, wenn man die Patienten in Höhenluftkurorte schicke, wo durch Bewegung im Freien, in reiner Luft der Appetit angeregt und die Widerstandskraft gehoben werde. *C. Berliner-Aachen.*

Die Abortivbehandlung der Syphilis, von Rob. Duhot. (*Ann. Policlin. centr.* Febr. 1903.) Von Tommasoli werden bekanntlich intravenöse Sublimatinjektionen zur abortiven Behandlung der Syphilis empfohlen. Der Verfasser ist mit der Nachprüfung der Methode beschäftigt, glaubt indessen schon jetzt ihren Wert bestätigen zu können. Nach seinen bisherigen Beobachtungen übt die Behandlung auf die Drüsenanschwellungen keinen besonderen Einfluſs aus, dagegen wird der Primäraffekt sehr rasch der Vernarbung und Resorption entgegengeführt. Störend erweist sich manchmal das Ödem an der Stelle der Einspritzung, wenn die Flüssigkeit teilweise nicht in die Vene, sondern in das umgebende Zellgewebe gelangt.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Die Behandlung der Syphilis, von W. D. Trenwith-New York. (*Med. News.* 25. April 1903.) Aus dieser allgemeinen Betrachtung seien einige, von der gewöhnlichen Art der Syphilisbehandlung abweichende Punkte herorgehoben. Bezüglich der Reaktion des Patienten auf die Therapie kommen verschiedene Eigentümlichkeiten in Betracht: ob er blond oder brünett, kräftig oder anämisch und neurasthenisch, ob er bei gutem oder schlechtem Appetit ist, ferner die Tätigkeit und geistige Beschäftigung. T. nimmt vier Stadien der Syphilis an: 1. das präeruptive oder zweite Inkubationsstadium; 2. das Eruptivstadium, die ersten sechs bis sieben Monate umfassend; 3. von dieser Zeit an bis zum Ende des zweiten oder dritten Jahres, das sog. zweite Spätstadium; 4. das Tertiärstadium. Im ersten Stadium (ca. 60 Tage während) beschränkt sich T. auf die lokale Behandlung des Schankers, am besten mit 1 : 2000 Sublimatlösung und Jodoformpulver. Wenn der Schanker geheilt ist und ein harter Knoten zurückbleibt, beginnt er, zweimal täglich über denselben 50%ige Hg-Salbe einzureiben. Bezüglich der Exzision glaubt er, dafs dieselbe zuweilen zwar von Vorteil (lokal) sein kann, niemals aber im stande ist, eine Abkürzung der Allgemeininfektion zu bewirken. Allgemein tonische und Eisenpräparate empfiehlt T. für dieses Stadium. Erst wenn

die Trias: Narbe, Lümphdrüsenschwellungen und Hautausschlag, vorhanden sind, beginnt er die Allgemeinkur, meist als Schmierkur, zuweilen auch mit Hg-Protojodid innerlich in Dosen von 0,01—0,03 g. Der Reihe nach (in elf Tagen) läfst T. den ganzen Körper vom Kopf und Hals bis zu den Fufssohlen einschliefslich einreiben und mit der Dosis je nach Toleranz von 2,0—3,75 der 50%igen Salbe steigen. Nach Ablauf von sechs bis sieben Monaten (! Ref.) hört man mit den Einreibungen auf und beginnt, Jodkalium zu geben (drittes Stadium), und zwar von zehn Tropfen an bis 25 gtt der gesättigten Lösung steigend. Späterhin kann man die Mischung von Hg bijod. und Kal. jodat. anwenden oder auch mit Jodkalium allein bis auf 3,2—3,75 pro die. Mit Ablauf des ersten Jahres kann, wenn Patient sich wohl befindet, die Kur aufhören, derselbe mufs aber noch ein Jahr unter ärztlicher Aufsicht stehen. Alopecie kommt in einem gewissen Prozentsatz der Fälle vor und wird nach T. wesentlich gebessert, wenn man nachts Hg ammoniat. 10—25% in Vaselin aufträgt und morgens mit Sublimatlösung (1:3000) abwäscht. Gegen die Schleimhautplaques in Mund, Zunge, Lippen u. s. w. ist eine 5%ige Arg. nitr.-Lösung jeden zweiten Tag und der Gebrauch eines Hg-Gurgelwassers zu empfehlen. Gummata der Zunge, ebenso wie andere Erscheinungen der späten Tertiärperiode werden am besten durch hypodermatische Injektionen von Sublimat, dessen Erfolge T. als unvergleichlich rühmt, beeinflufst; gleichzeitig Jodkalium innerlich ist oft von Vorteil, wobei man bis auf 15 g pro Tag gehen kann. Räucherung (mit einer Mischung von Kalomel und Zinnober) ist in manchen Fällen von hartnäckiger Syphilis, welche keinen anderen Behandlungsmethoden weichen, sehr wertvoll, jedoch ist auf Speichelflufs, welcher sehr leicht eintritt, zu achten. Diese letztere Methode und die Sublimatinjektionen hebt T. schliefslich als diejenigen hervor, an welche stets bei Versagen der anderen Mittel gedacht werden sollte. *Stern-München.*

Therapeutische Indikationen für die intravenösen Injektionen von cyansaurem Quecksilber, von Ch. Abadie. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 28.) Den zahlreichen Erfahrungen A.s zufolge sind die intravenösen Injektionen von cyansaurem Quecksilber (0,01 = 1 g einer 1%igen Lösung pro Injektion) bei den spät auftretenden, langsam sich entwickelnden syphilitischen Manifestationen in der Retina und im Sehnerv, dann bei der spät auftretenden, chronisch verlaufenden Syphilis des Gehirns und Rückenmarks und endlich bei der Syphilis der Greise allen anderen Methoden der Quecksilberbehandlung weit überlegen; sie führen, wie die angeführten Beispiele zeigen, nicht selten auch da noch zur Heilung, wo jede andere Art der Einverleibung von Hg versagt hat. Da die syphilitischen Erscheinungen im Auge und im Zentralnervensystem oft sehr hartnäckig sind, so müssen auch die intravenösen Injektionen häufig lange Zeit hindurch gemacht werden. So setzte A. in einem Falle von luetischer Myelitis die Injektionskur sechs Jahre hindurch in der Weise fort, dafs er während des ersten Jahres 200 Einspritzungen verabreichte und vom zweiten Jahre an nach je 20 Injektionen Pausen eintreten liefs, die allmählich von acht Tagen bis zu drei Monaten anwuchsen *Götz-München.*

Die Serotherapie der Syphilis, von Siegfried Gross-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1903. No. 9.) Seit dem Aufblühen serotherapeutischer Forschung finden sich immer wieder Bestrebungen, die Ergebnisse der Serotherapie auch gegen die Syphilis zur Anwendung zu bringen. Da die Syphilis in ihrem Verlaufe gewisse empirisch festgestellte Eigentümlichkeiten zeigt, die im Sinne serotherapeutischer Bestrebungen sehr verheifsend aussehen, so erscheint es aussichtsreich, die Behandlung der Syphilis nach diesen Grundsätzen durchzuführen. Zu diesen Eigentümlichkeiten gehört zunächst die durch Überstehen der Syphilis gewonnene Immunität des einzelnen, ferner die merkwürdigen, gleichfalls als Immunitäten gedeuteten Wechselwirkungen zwischen syphi-

litischer Mutter und ihrer Nachkommenschaft oder zwischen syphilitisch geborenen Kindern und ihrer Mutter andererseits (Gesetz von Profeta und Colles). Doch zeigen alle diese Eigentümlichkeiten eine derartig grofse Reihe von Ausnahmen und Abweichungen von der Norm, dafs die Frage nach der Ursache der bei der Syphilis zu beobachtenden Immunitäten eine befriedigende Lösung noch nicht gefunden hat; wir sind daher nicht in der Lage, über das Wesen der Immunität etwas Sicheres sagen zu können, so dafs sich diese Grundlagen noch als zu schwach und wankend erweisen, um auf ihnen die Versuche einer Serotherapie der Syphilis aufbauen zu können. Mit dem Ausbau der Bakteriotherapie und der Erkenntnis der verschiedenen Immunisierungsmethoden finden sich nun auch zahlreiche Arbeiten, die versuchten, auf verschiedenen Wegen das in Rede stehende Problem zu lösen. Zunächst wurde Serum von normalen Tieren, die gegen Syphilis immun sind, Syphilitischen einverleibt; ohne Erfolg, da festgestellt ist, dafs die natürliche Immunität nicht übertragbar ist. Ferner wurden Tieren Syphilisprodukte (Sklerosen, Papeln) einverleibt und deren Serum therapeutisch verwandt. Denn wenn auch die Tiere nicht für Syphilis empfänglich sind, so genügt es ja, wenn eine Tiergattung für Syphilis reaktionsfähig ist; aber auch diese Versuche führten zu keinerlei positivem Resultate, da wir den Syphiliserreger nicht kennen und somit keine wäg- und mefsbaren Mengen desselben oder seiner Gifte in den Händen haben. Endich liegen Versuche vor, in welchen Serum von Kranken im Sekundär- oder Tertiärstadium zur Behandlung florider Fälle benutzt wurde; zum Teil waren die Patienten, denen man das Serum entnahm, im Stadium der Lähmung, z. B. zeigten sie recente Erscheinungen. Dafs das Serum eines Kranken, der an recenten Erscheinungen litt, nicht genügende toxische Substanzen enthält, resp. dafs diese noch in der Minderheit sind gegenüber den Virus- und Toxinemengen, also das Serum eines solchen Kranken nicht genügend Schutzmengen enthält, um einen anderen Patienten von seiner Infektion zu heilen oder ihn gegen eine spätere Infektion zu schützen, leuchtet ein. Aber auch im Stadium der Latenz, so etwa nach einer erfolgreichen Hg-Kur, hat ein Organismus kaum überflüssiges Antitoxin zur Verfügung, wenigstens nur vorübergehend und nicht genug, um Heilwirkungen bei anderen Menschen zu erzielen. Dazu kommt, dafs der Grad der spezifischen Immunität eines Tieres durchaus nicht in jedem Moment der Schutzkraft seines Serums entspricht. Ebenso verhält es sich mit den Versuchen, das Serum von Tertiärkranken zu therapeutischen Versuchen zu benutzen; hier macht schon Schwierigkeit die Frage der Auffassung der tertiären Syphilis, solange wir ihre Erreger nicht kennen. Wenn die Tertiärprodukte als Wirkungen des Syphilistoxins aufzufassen sind (Finger), so ist beim Auftreten der Tertiärsyphilis das Gleichgewicht zwischen Toxin und Antitoxin so gestört, dafs ein derartig beschaffener Organismus nicht im stande ist, genügende Antitoxinmengen zu liefern. Die Fälle aber von gummösen Erkrankungen, die frühzeitig auftreten und somit noch infektiös sind, gleichen den Fällen der Sekundärperiode mit recenten Erscheinungen. Eine Lösung der ganzen, überaus wichtigen Frage dürfte erst zu erwarten sein, wenn der Erreger der Syphilis mit Sicherheit festgestellt ist, eine Entdeckung, die ja in der neuesten Zeit wieder von ernsten Fachgenossen angestrebt wird, wenn auch zurzeit ein abschliefsendes Urteil über die neueste Phase der Forschung nach dem Erreger der Syphilis nicht möglich ist.

Putsler-Dansig.

Über Behandlung schwerer Syphilisformen mit Jodquecksilberkakodylat, von Georg Loewenbach. (*Wien. klin. Wochenschr.*, Sept. 1903.) Jodquecksilberkakodylat, eine Verbindung von Jod, Hydrargyrum und Arsen, wird zu intramuskulären Injektionen verwendet; Dosis: 0,01. Diese bewährten sich in erster Reihe bei kachektischen, anämischen Individuen mit ulcerösen und gummösen Formen im Früh- oder Spät-

stadium, selbst wenn andere Kuren versagt haben. Es tritt Schwund der Erscheinungen, Besserung des Allgemeinbefindens ein. Auch sonst ist das Jodquecksilberkakodylat bei anämischen Luetikern mit polymorphen Syphiliden am Platze, während es bei gut genährten Individuen und leichten Syphilisformen ohne Wirkung bleibt. — Bei Kombination von Syphilis und Psoriasis erzielte das Präparat Besserung beider Leiden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die „gemischte Behandlung" bei Syphilis, von A. Ohmann-Dusmenil-St. Louis. (*St. Louis med. Journ.*, März 1903.) Für das Übergangsstadium zwischen sekundärer und tertiärer Syphilis empfiehlt Verf. Chichesters Behandlung mit Pillen von Hydrarg. bijodati 0,003, Kal. jodati 0,3, täglich 3—4mal eine Pille.

M. Levor-Frankfurt a. M.

Verschiedenes.

Randbemerkungen zu dem Entwurf eines preußischen Seuchengesetzes, von C. Fraenkel-Halle. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 11.) Verfasser begrüßt den dem preußischen Abgeordnetenhause vorgelegten Entwurf eines Ausführungsgesetzes zu dem Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900 als ein Werk von hervorragender Bedeutung für das Volkswohl, wiewohl sich gegen manche Bestimmungen gewiß mehr oder minder lebhafte Bedenken erheben lassen. Wir beschränken uns auf eine kurze Wiedergabe dessen, was Verfasser zu den Bestimmungen über die Geschlechtskrankheiten bemerkt. Die Anzeige wird nur für Personen vorgeschrieben, die gewerbsmäßige Unzucht treiben, trifft also die geheime Prostitution nicht. Verfasser meint, so wünschenswert auch die Ausdehnung der Anzeige auf die geheime Prostitution wäre, die Durchführung einer solchen Vorschrift würde auf die größten Schwierigkeiten stoßen. Aus ähnlichen Gründen billigt Verfasser nicht die aus dem alten Regulativ übernommene Bestimmung, nach welcher geschlechtskranke Unteroffiziere und Mannschaften des aktiven Heeres dem Kommando des betreffenden Truppenteiles angezeigt werden sollen. Verfasser wünscht aber eine namenlose Anzeige für alle Fälle von Geschlechtsleiden bei Männern und Weibern. Wäre der Gewinn zunächst auch nur ein statistischer, so würde er doch mittelbar von größter Bedeutung sein, da nur durch Anzeige sämtlicher Fälle Klarheit über Wert oder Unwert der einzelnen einschlägigen Verfahren, z. B. der Kasernierung oder der freien Prostitution, der Reglementierung oder des Abolitionismus, getroffen werden kann. — Mit Beschränkung auf die gewerbsmäßige Unzucht ist ferner erlaubt eine Beobachtung kranker, krankheits- und ansteckungsverdächtiger Personen. Es kann weiter eine Absonderung der Kranken vorgenommen werden, sowie endlich die Zwangsbehandlung. Durch diese Bestimmungen werden alle diejenigen Mittel, die bisher ohne gesetzliche Legitimation zur Eindämmung der Gefahren der Prostitution in Anwendung kamen, legitimiert, und das ist ein sehr bedeutsamer Fortschritt.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 37. No. 8. 15. Oktober 1903.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Eine neue Darstellung der Epithelfasern und die Membran der Stachelzellen.

Von

P. G. Unna.

Mit einer Farbentafel.

(Schluſs.)

Die mittels der neuen Färbemethode gefundenen Tatsachen lassen sich am leichtesten und kürzesten an der Hand einiger Zeichnungen (siehe die Farbentafel) mitteilen, welche die obwaltenden Verhältnisse gut wiedergeben. Die ersten beiden Figuren (1 und 2) stellen Zellenkomplexe aus der mittleren Stachelschicht eines spitzen Kondyloms dar. In jedem gröſseren Kondylom finden sich neben tief eindringenden, schmalen Fortsätzen der Stachelschicht auch ebensolche breite, in deren mittlerer Partie die Stachelzellen die gröſsten Dimensionen annehmen. Die basalen, der Cutis aufsitzenden Epithelien besitzen den Habitus vertikal gestreckter, cylindrischer, die der Verhornungsgrenze nahen den horizontal abgeplatteter Zellen. Dazwischen breitet sich in diesen breiten Zapfen und Leisten die von mir sogenannte „indifferente Zone“ aus, ein Feld annähernd kubischer, sehr voluminöser Zellen, die nach allen Richtungen gleichmäſsig gebaut sind und deren Verbindungsbrücken daher ebenfalls am ganzen Zellenumfange sich gleichen. Hier ist der beste Ort, das Verhältnis der Fasern zum Epithelleibe zu studieren, teils wegen der bedeutenden Gröſse der Zellen, teils wegen der Abwesenheit besonderer lokaler Zug- und Druckkräfte.

Man versteht das Bild (Fig. 1) am besten, wenn man von den Kernen der Epithelien ausgeht. Dieselben sind schwach violett, zeigen ein bis drei safraninrote Kernkörperchen und haben sich mehr oder weniger durch Alkoholschrumpfung vom Zellleibe zurückgezogen, so daſs sie meist in geräumigen Kernhöhlen liegen. Das die Kerne direkt umgebende Proto-

plasma ist blauviolett gefärbt, annähernd kugelförmig gestaltet und grenzt nach aufsen an ganz schwach hellviolett gefärbte Räume, welche von den safraninrot gefärbten Fasern dicht durchsetzt werden. Diese helleren Zwischenräume entsprechen offenbar den bisher als „interepithelialen Lymphräumen" beschriebenen Gebilden. Vergleicht man dieselben aber mit den wirklichen Gewebslücken im Bilde, so sieht man sofort, dafs dieselben von einer eigentümlichen Substanz erfüllt sind. Diese wirklichen Gewebslücken (in der Figur: weifs) befinden sich erstens an Stelle der Kernhöhlen und zweitens überall dort, wo Leukocyten ihren Weg in die Stachelschicht gefunden haben. Auch die Leukocyten schrumpfen bei der Härtung mehr als die umgebende Stachelschicht und ziehen sich von der Wandung der Höhlen zurück, welche sie bei ihrer Einwanderung in die Stachelschicht erzeugt haben. Sie liegen daher gleichsam in Leukocytenhöhlen, wie die Kerne in Kernhöhlen. Diese scheinbar zwischen den Epithelzellen liegende Substanz ist in ganz regelmäfsiger Weise abgeteilt durch eine mitten durch sie hindurchziehende Punktreihe, durch welche sie in zwei nahezu gleichbreite Abschnitte zerlegt wird. Jeder dieser Abschnitte gehört zu einer Epithelzelle und bildet einen breiten Randsaum für dieselbe, eine homogene Membran. Die erwähnte Punktreihe setzt sich zusammen aus dicht neben einander liegenden Verdickungen der von den Zellen radiär ausstrahlenden Fasern, und diese bilden die bekannten Bizzozero-Ranvierschen Knötchen, welche ersterer bekanntlich für Verlötungspunkte der Stacheln, letzterer für elastische Organe der Fasern gehalten hat. Die Natur dieser Knötchen ist in verschiedenster Weise gedeutet worden. Rabl hat neuerdings lineare, sogar flächenhafte Verbindungen dieser Knötchen gesehen. Bei unserer Färbemethode tritt es klar hervor, dafs das, was die Knötchen verbindet, die äufseren, kugelförmigen Zellgrenzen selbst sind. Wenn aber die wirklichen Zellgrenzen sich gerade an Stelle der Punktreihen befinden, so geht daraus hervor, dafs die Zellen um die Breite der Zellmembran gröfser sind, als man bis jetzt angenommen hat. Die Epithelzelle besteht mithin in dieser mittleren, indifferenten Zone der Stachelschichten aus zwei vollständig verschiedenen Abschnitten, einem peripheren, schwer färbbaren und einem zentralen, leicht färbbaren. Nur der letztere hat bisher als Epithelprotoplasma gegolten. Der erstere, periphere, mit welchem die Zellen dicht an einander stofsen, ist bisher übersehen worden und hat für einen lympherfüllten Hohlraum gegolten. Ich nenne ihn die Membran der Stachelzellen. Den Faserverlauf beschrieb man bisher so, dafs die im Innern des Protoplasma befindlichen, den Kern streckenweise umkreisenden Fasern die Zelle an verschiedenen Punkten verliefsen und mittels der queren, die Lymphräume durchziehenden Verbindungsbrücken in die nächstliegenden Zellen einträten. Nach dieser Anschauung lägen

die knötchenförmigen Verdickungen der Fasern frei in der Mitte zwischen zwei Epithelzellen. Unsere Färbung zeigt aber, dafs die Fasern, nachdem sie im zentralen Abschnitt den Kern streckenweise umkreist, nach aufsen abbiegen und den peripheren Teil, die homogene Zellmembran, in radiärer Richtung durchsetzen. Auf diese Weise an die Zellgrenze gelangt, treten sie unmittelbar in die anstofsende Zellmembran über, um in dieser wieder in radiärer Richtung zu verlaufen und dann im zentralen Abschnitt der neuen Zelle, seitlich abbiegend, den Kern zu umkreisen. Wie sind nun nach dieser neuen Auffassung die Bizzozero-Ranvierschen Knötchen aufzufassen? Die nächstliegende Annahme würde sein, dafs die Fasern sich an der Grenze zweier Zellen punktförmig verdicken, etwa durch Auflagerung von etwas protoplasmatischer Substanz. Unsere Färbung zeigt aber, dafs die Knötchen wie die Fasern selbst rein safraninrot sind und keine Spur einer bläulich oder violetten Protoplasmafärbung aufweisen. Nach meiner Meinung ist die Verdickung nur eine scheinbare. Es zeigt sich nämlich bei weiterer Untersuchung, dafs alle diejenigen Teile des Faserapparates zu gleicher Zeit dicker erscheinen und sich stärker mit Safranin färben lassen, welche teilweise oder ganz nackt, d. h. von Protoplasma frei verlaufen. Der verdickte und gleichzeitig stärker durch Safranin gefärbte Punkt der Faser ist also nur derjenige Teil der Faser, welcher in dem äufserst feinen kapillaren Raume zwischen beiden Zellenmembranen nackt zu Tage tritt. Sowie die Faser von hier aus in die Membran der Zelle eintritt, ändern sich mit ihrer Umhüllung mit Protoplasma ihre tinktoriellen Eigenschaften; sie erscheint schwächer basophil und feiner.

Bevor ich die Beschreibung von Fig. 1 verlasse, möchte ich noch darauf hinweisen, dafs bei unserer Färbung die neutrophilen Granula der Leukocyten eine schöne himmelblaue Färbung annehmen, insbesondere, wenn das Material in Formalin fixiert war. Bei Alkoholfixation erscheinen sie blauviolett bis violett, indem sie aufser dem Wasserblau noch etwas Safranin aufnehmen.

Die nächste Fig. 2 stellt bei noch stärkerer Vergröfserung dieselben Verhältnisse dar. Auch hier ist das Material in Formalin fixiert. Die Beize für das Safranin ist eine andere wie in Fig. 1; dort wurde Eisenbeize, hier Tannin benutzt. Im Zusammenhange damit erscheint die Membran der Stachelzellen hier noch heller als in Fig. 1, und die hindurchziehenden safraninroten Fasern, sowie die die Zellgrenzen markierenden Knötchen noch deutlicher. Die stärkere Vergröfserung ist gewählt, um den Verlauf der Fasern im zentralen, violetten Teile des Protoplasma besser zu veranschaulichen. Man sieht im allgemeinen deutlich ihren Eintritt in diesen zentralen Abschnitt und an einzelnen Stellen auch ihren Durchtritt. Von der Zelle links unten gehen neben den feinen Fasern

auch einige dickere und stärker gefärbte ab, welche kein mittleres Knötchen erkennen lassen. Es sind dieses Fasern, welche in protoplasmafreien Spalten zwischen den Zellen nackt verlaufen.

Die nächste Fig. 3 zeigt im Verlaufe weniger Zellreihen die Umwandlung der basalen Stachelzellen in die Zellen der mittleren Stachelschicht, weiterhin der Körnerschicht und Hornschicht, von unten nach oben aufsteigend. Bei dieser Umwandlung werden die Verbindungsbrücken der Zellen, wie man früher annahm, immer kürzer und reduzieren sich bereits in der Körnerschicht auf bloſse Punktreihen. Dieses wohlbekannte Phänomen muſs heute, nachdem wir eine genauere Kenntnis der Stachelzelle gewonnen haben, so aufgefaſst werden, daſs die Zellmembran der mittleren Stachelschicht gegen die Hornschicht zu immer schmäler wird, so daſs schlieſslich nur noch die intercellularen Punktreihen an Stelle der Zellgrenze sichtbar sind; bekanntlich bleiben diese Punkte auch noch auf der Oberfläche der Hornzellen bestehen und bilden hier das von RAUSCH studierte Relief der Hornzellen. Wir können jetzt mit Sicherheit sagen, daſs diese Punktierung der Oberfläche der Hornzellen ein letzter Rest des Fasersystems der Stachelschicht ist.

Auch auf den Prozeſs der Verhornung fällt ein neues Licht, insofern der Ursprung der Hornmembran der Hornzellen mit einem Male aufgeklärt ist. Wir wuſsten schon lange Zeit, daſs die Verhornung nur den peripherſten Teil der Stachelzelle ergreift, konnten aber in dieser keinen äuſseren Abschnitt als selbständiges Gebilde nachweisen, das von der übrigen Zelle in ähnlicher Weise scharf abgegrenzt war, wie es nach der Verhornung die Hornmembran vom Inhalt der Hornzelle tatsächlich ist. Dieses Desiderat ist nun erfüllt. Die Hornmembran der Hornzelle ist tatsächlich nichts anderes, als die verhornte, homogene Membran der Stachelzelle.

Während so das Schicksal der unverhornten Membran der Stachelzelle leicht erkennbar und nachweisbar ist, erfordert die Entstehung der Membran an den jungen Stachelzellen gröſsere Aufmerksamkeit. An den basalen Stachelzellen ist sie, wie schon bemerkt, nirgends nachzuweisen. Sie beginnt erst deutlich zu werden in der zweiten Reihe der Epithelien und zwar dort, wo man die Punktreihen der RANVIERschen Knötchen zuerst deutlich erkennt, deren Vorhandensein überall an das der Membran geknüpft ist. Die ungemein starke Entwicklung in die Breite, wie sie Figg. 1 und 2 zeigen, erfährt die Membran aber nur an den groſsen Zellen des spitzen Kondyloms, und auch dort nur innerhalb der indifferenten Zone der Stachelschicht.

An den kleinen Stachelzellen der normalen Haut sind die Verhältnisse im groſsen und ganzen dieselben, werden aber nur bei sehr starker Vergröſserung an sehr feinen und gut gefärbten Schnitten sichtbar.

In der basalen Stachelschicht des spitzen Kondyloms treten dagegen andere Verhältnisse deutlich hervor, welchen die nächsten Figuren gewidmet sind. Fig. 4 gibt einen kleinen Bezirk der basalen Stachelschicht wieder. Protoplasma und Kerne sind gleichmäfsig violett gefärbt, so dafs von den Kernen nur die dunkelvioletten Kernkörperchen sich abheben. Rein safraninrot sind nur die Fasern und speziell die Herxheimerschen Spiralen gefärbt. Hier besitzen die Stachelzellen keine Membran; sie sind durch wirkliche Lymphspalten getrennt, eine Art intercellularen Ödems, das bei den basalen Stachelzellen des spitzen Kondyloms die Regel ist. Man erkennt in der Figur, was ein genaueres Studium überall bestätigt, dafs die Spiralen Herxheimers stark geschlängelte Fasern sind, die sich zum Teil durch gröfsere Dicke und stärkere Basophilie auszeichnen. Die Haftfasern Kromayers entstehen dadurch, dafs wie Zelle *A* zeigt, eine Stachelzelle mit ihren Protoplasmaleibe in die Höhe rückt, während ihre Fasern spiralig um einander gedreht an der Cutis haften bleiben. Diese Trennung von Protoplasma und Faserapparat ereignet sich, soviel ich gesehen, bei der mitotischen Teilung, kommt aber vielleicht auch noch bei anderen pathologischen Verschiebungen der Stachelzellen unter einander vor.

Die auf diese Weise protoplasmafrei gewordenen Fasern und Faserbündel liegen natürlich zwischen den benachbarten Zellen, also intercellulär und erklären auf das einfachste das vielfache Vorkommen intercellulärer, besonders dicker Spiralen (Eddowes), die man häufig zwischen 10, ja 20 Zellreihen hin verfolgen kann. Am oberen Ende einer solchen Spirale sitzt regelmäfsig noch die Zelle, welche ursprünglich am Fufse der Spirale gesessen hat, wie auf einem langen Stiele.

Die nächste Fig. 5 führt uns die Wirkung des intercellularen Ödems auf den Faserapparat vor Augen, wenn dasselbe sich über die basale Stachelschicht hinaus in die mittlere erstreckt. Dann nehmen auch hier die Stachelzellen eine schmale, spindelförmige Gestalt an; sie werden vom intercellularen Ödem zusammengedrückt, bleiben aber durch ihr Fasersystem festgehalten, in ihrer Lage fixiert. Man sieht, dafs hierbei auch die kleinsten Fasern eine wellige, die gröfseren eine spiralige Gestalt annehmen, so dafs man geradezu sagen kann: das Ödem produziert in der mittleren Stachelschicht Spiralen, nämlich aus Fasern. Weiter bemerkt man in der Figur, dafs die Stachelzellen keine Membran aufweisen und im Zusammenhang damit die kurzen Intercellularbrücken auch keine Ranvierschen Knötchen. Ich vermute, dafs diejenigen Autoren, welche die letzteren überhaupt nicht gesehen haben, ihre Studien über das Fasersystem besonders an ödematöser Stachelschicht gemacht haben. Im Zusammenhange mit dem Gesagten erkläre ich mir sowohl die wellige Biegung, wie die spiralige Drehung der Fasern auf folgende Weise. Ich

nehme an, dafs das Fasersystem durch Wasserverlust weniger schrumpft als das Protoplasma. Dann ist es eine natürliche Folge, dafs in der durch Ödem aufgequollenen Oberhaut die Fasern im allgemeinen gestreckt sind und bei der durch die Präparation bedingten Schrumpfung des Protoplasmas relativ zu lang werden. Die Schrumpfung wird bedingt, erstens durch die Fixation in Alkohol, Formol etc., zweitens durch die Härtung und Einbettung und drittens durch die Entwässerung der Schnitte. Sowohl die wellige wie spiralige Biegung setzen voraus, dafs die Fasern sich in einem engen Hohlraum frei bewegen können, und dieses sind eben Verhältnisse, wie sie das intercellulare Ödem schafft. Daher finden sich Spiralen in der Mitte der Stachelschicht nur bei Ödem, unter normalen Verhältnissen ziemlich allgemein aber in der basalen Stachelschicht, wo ein „physiologisches Ödem" die Regel ist.

Die beiden letzten Figuren: Figg. 6 und 7 illustrieren seltenere Vorkommnisse am Faserpräparat, die sich nach dem Gesagten leicht erklären lassen. So kommt es, wie Fig. 6 zeigt, hin und wieder vor, dafs wir in der basalen Stachelschicht dicke und stark gefärbte Fasern, Faserbündel und Haftfasern haben, die sich von den HERXHEIMERschen Spiralen nur dadurch unterscheiden, dafs sie keine Spiralform zeigen. Hier ist eben die zur Spiralform notwendige, einseitige Schrumpfung des Protoplasmas ausgeblieben oder geringer gewesen. Eine weitere Bedingung der Spiralform ist die Enge des Hohlraums, in welcher die Faser sich befindet.

Wenn durch gröbere Verschiebungen von Epithelkomplexen, wie sie hin und wieder beim spitzen Kondylom vorkommen und in Fig. 7 dargestellt sind, breitere Lymphspalten sich im Epithel bilden, so entstehen statt der Spiralen sehr merkwürdige bogenförmige Krümmungen der Fasern bei der Schrumpfung. Man sieht halbkreisförmig gebogene Fasern, ebensolche, welche an einer Seite in Spiralen übergehen und selbst so stark gekrümmte, dafs der Bogen mehr als drei Viertel eines Kreises beträgt. Eine bessere Illustration für den stärkeren Widerstand, den die Fasern der allgemeinen Gewebsschrumpfung entgegensetzen, als diese bogenförmigen Krümmungen, läfst sich kaum denken.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

1903. No. 11.

Weitere Mitteilungen über den Gebrauch des Sandelholzöls und des Gonorols, von P. Meissner. Das Sandelöl vermag intern gegeben den Bakteriengehalt der vorderen Harnröhre zu vermindern. Dasselbe enthält erstens circa 90% „Santalól", einen Sesquiterpenalkohol, zweitens 6—10% „Santalen", einen Kohlenwasserstoff. Gonorol ist gereinigtes Santalol. Verfasser hat früher gezeigt, dafs Gonorol bei Tieren im Gegensatz zu Santalen keine Nephritis erzeugt. Weitere Versuche haben die gröfsere Unschädlichkeit des Gonorol bestätigt. Beobachtungen an 40 Patienten sprachen auch für die Verwendung des Gonorols, welches Verfasser deshalb an Stelle des Ol. Santal. ostind. stets verabreicht haben will. Indiziert ist das Gonorol bei Cystitis, bei Urethritis blennorrhoica posterior, und bei Prostatitis blennorrhoica.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Monatsberichte für Urologie.

VIII. Bd. 7. Heft.

Katheterisierung, von Gressr. Die Sterilisation und die sterile Aufbewahrung aller Katheter und Sonden sind unumgänglich notwendig. Die mechanischen und chemischen Methoden haben sich in keiner Weise bewährt, nur physikalische kommen in Frage. Trockene Hitze verdirbt die Instrumente. Die Anschauungen über die Verwendbarkeit des Kochens gehen auseinander. Verfasser glaubt, dafs das Auskochen nicht sicher sterilisiert. Zuverlässig ist nur die Verwendung strömenden Dampfes. Die vielen dazu empfohlenen Apparate werden kritisch besprochen. Ihnen ist der von Viertel konstruierte, noch nicht publizierte, vorzuziehen, den Verfasser sehr modifiziert hat. (Zu beziehen von C. Siedenhofer, München, Karlsplatz 6.) Derselbe besteht aus einem zylindrischen Wasserkochgefäfs und einem Glasrohr, welches die Katheter aufnimmt. Es werden 1—2½ Eßlöffel Wasser eingefüllt, dann setzt man das Glasrohr mit den Kathetern ein. Die ganze Sterilisation dauert circa zehn Minuten. Die Katheter werden in dem Glasrohr gleich steril aufbewahrt. Der Apparat ist sehr leicht transportabel. Für die Katheter hat sich die Prozedur als sehr schonend erwiesen. Die bakteriologischen Versuche haben erwiesen, dafs die Sterilisation und die sterile Aufbewahrung in vollkommener Weise erzielt werden.

Über einen Fall von Strikturen der vorderen und hinteren Harnröhre, von Bernhard Marcuse. Ein Patient, der viele Blennorrhoen gehabt hatte, zeigte neben mehreren Strikturen der Pars anterior eine sehr enge Striktur in der Pars posterior, die erst nach langen Schwierigkeiten passierbar wurde. Solche Strikturen sind sehr selten, wie die vom Verfasser wiedergegebene Literatur beweist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.
Band 21. Juni 1903.

I. **Ansprache über die Methoden des Unterrichts in der Dermatologie,** von J. T. Bowen-Boston. In der auf der 27. Jahresversammlung der amerikanischen dermatologischen Vereinigung zu Washington gehaltenen Einleitungsrede unterzieht der Vortragende die Methode des Unterrichts in der Dermatologie einer eingehenden Betrachtung und prüft sie auf ihren Wert. Wie in der Medizin überhaupt, wird der Anfänger auch in der Dermatologie vom Leichteren zum Schwereren übergehen, sich zunächst mit den allgemeinen Grundbegriffen bekannt machen, ehe er in die feineren Details der Hautkrankheiten eindringt. Die theoretischen Vorlesungen, die klinische Demonstration, die Lektüre guter Lehrbücher sind die Hauptmittel des Unterrichts in der Dermatologie.

II. **Fälle von bullöser Dermatitis im Anschluſs an die Vaccination,** von J. S. Howe-Boston. Die zehn Fälle, welche Verfasser beschreibt, betrafen erwachsene Personen im Alter von 21—52 Jahren. Die Vaccination lag durchschnittlich fünf Wochen zurück. Das längste Intervall zwischen der Impfung und dem Ausbruch der ersten bullösen Hauterscheinungen betrug 16 Wochen, das kürzeste drei Wochen. Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug bis zur Heilung oder dem Eintritt des Todes sechs Wochen. In einem Falle trat der letale Exitus schon nach einer Woche ein. Von den zehn Fällen starben sechs; somit zeigte diese Krankheit eine auſserordentlich hohe Mortalität. Bei sämtlichen Patienten war die Affektion von hohem Fieber und intensiver Störung des Allgemeinbefindens begleitet. Vorwiegend und am stärksten befallen waren der Nacken, die Gegend zwischen den Schultern, die Achselhöhlen, das Gesäſs und die inneren Flächen der Oberschenkel. Die Blasenaffektion verbreitete einen penetranten, widerlichen Geruch, verursachte aber nur wenig subjektive Erscheinungen. Nur die ausgedehnten exkoriierten Stellen waren schmerzhaft, und verhinderten an den Gelenken und die Beweglichkeit derselben. Im ganzen erinnerte die Affektion eher an Pemphigus, als an die Dermatitis herpetiformis-Duhring.

Der Verfasser erörtert die Fragen, welches die Ursache der Affektion gewesen sei; ob man die Vaccination direkt oder zur Zeit derselben eingeführtes infektiöses Material dafür verantwortlich machen solle, oder ob eine Infizierung der Vaccinationsnarben nach der Vaccination stattgefunden habe.

Zur Entscheidung der Fragen gelangt Verfasser nicht; er erinnert als Analogie an die von Bowen publizierten Fälle bullöser Dermatitis, die jedoch sämtlich Kinder betrafen, und deren Krankheitsbild sich nicht ganz mit dem der vorliegenden Fälle deckte, namentlich nicht den bösartigen, schweren Charakter aufwies. Bowen ist der Ansicht, daſs wahrscheinlich infektiöses Material zur Zeit, oder nach der Vaccination in die Impfwunde eingedrungen sei und zur Entstehung eines vaccinalen, bullösen Ausschlages Anlaſs gegeben habe. In Ermangelung einer anderen Erklärung schlieſst sich der Verfasser dieser Ansicht auch für seine Fälle an.

III. **Die Syphilis und das ärztliche Berufsgeheimnis,** von P. A. Morrow-New York. Der Verfasser erörtert unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur, der gesetzlichen und polizeilichen Bestimmungen in verschiedenen Ländern die Frage, wann und in welchen Situationen der Arzt von der Pflicht des Stillschweigens entbunden werden kann. Im allgemeinen wird er es sich zum Prinzip machen müssen, auch unter schwierigen Verhältnissen am Berufsgeheimnis festzuhalten. Klugheit und Takt werden ihm über manche heikle Situation hinweghelfen.

Juli 1903.

I. **Ein Fall von chronischem Purpuraerythem**, von W. Osler. Es handelt sich um einen 33jährigen, starken, gesund aussehenden Mann, der seit acht Jahren an wiederkehrenden Attacken eines erythemartigen Purpuraausschlages der Beine und des Stammes leidet. Als Folgeerscheinung des in Erythem- oder Purpuraflecken auftretenden Exanthems ist die universelle, tiefbraune Hautpigmentation anzusehen. In ätiologischer Beziehung von Interesse ist, dafs der Patient zur Zeit des Ausbruchs des Ausschlages an Gelenkrheumatismus litt und gegenwärtig eine Vergrößerung der Leber und der Milz aufweist. Seit etwa zwei Jahren sind auch die Arme von der Affektion befallen, während das Gesicht stets verschont blieb. Das Leiden verursachte kein Jucken und ist in Verkennung seiner Natur von verschiedenen Ärzten für Syphilis angesehen und danach antiluetisch allerdings ohne Erfolg behandelt worden.

Seit dem Jahre 1902 empfand der Patient oft Schmerzen in den Gelenken, besonders wenn er dieselben bewegte. Es war aber weder Röte, noch Schwellung der Gelenke vorhanden. Der Patient hatte in der letzten Zeit viel an Körpergewicht verloren. Der Urin war frei von Eiweifs, Zucker und Gallenfarbstoffen. Anfang des Jahres 1903 ist Patient an parniziöser Malaria gestorben. Eine Autopsie wurde nicht vorgenommen.

II. **„Weifsflecken"-Krankheit**, von J. C. Johnston und S. Sherwell. Die Affektion bei der 26jährigen, mageren, etwas nervösen Frau begann vor 13 Jahren, einige Monate vor Eintritt der ersten Menstruation mit streifenförmigen, atrophischen Flecken, am Halse und oberhalb beider Schulterblätter. Es mochte sich bei diesen Flecken vielleicht um ein Terminalstadium älterer Efflorescenzen handeln. Die Patientin konnte jedoch darüber keinen Aufschlufs geben. Es sind aufser den erwähnten Stellen in besonders charakteristischer Weise vor allem die Sternal- und die Klavikulargegend befallen, wobei die Verteilung entsprechend den Hautlinien und eine gewisse Symmetrie unverkennbar sind. Die kleinsten Flecke sind etwa stecknadelkopfgrofs, scharf und unregelmäfsig begrenzt, ohne entzündlichen Hof und von schneeweifser Farbe. Einige Flecke gehen insofern eine Involution ein, als sie nach einer gewissen Zeit eine dünne Schuppe zeigen, nach deren Abfallen eine atrophische Stelle zurückbleibt. Diese Atrophie ist entweder punkt- oder streifenförmig und nicht verschieden von derjenigen bei Lupus erythematosus, symmetrischer Atrophie und den gewöhnlichen Striae atrophicae. Histologisch handelt es sich um einen rein degenerativen Prozefs, der sich auf den Papillarkörper und den oberen Teil der retikulären Schicht beschränkt. An den erkrankten Stellen ist das Kollagen völlig verschwunden und ersetzt durch eine körnige Masse, die nur geringe Affinität zu den acidophilen Farbstoffen zeigt. Das elastische Gewebe über den Papillen ist bei weit vorgeschrittenem Prozesse völlig verschwunden, an anderen Stellen nur in abgebrochenen kurzen Fasern vorhanden. Die Zahl mononukleärer Zellen ist sehr gering; hier und da bemerkt man proliferierte und geschwollene Fibroblasten. Allmählich sieht man die Degeneration ins subcutane Gewebe übergreifen. Die epithelialen Veränderungen sind sekundär. Durch die Degeneration verschwinden die interpapillären Zapfen, das Rete ist auf wenige Zellschichten reduziert und zeigt hydropische Degeneration. — In dem ganzen histologischen Bilde ist vor allem die Degeneration des Bindegewebes charakteristisch. Der Schweifsdrüsenapparat erweist sich intakt.

Hinsichtlich der Ätiologie lassen sich nur Vermutungen aussprechen. Wahrscheinlich handelt es sich um eine lokale, durch verminderte Blut- und Lymphzufuhr bedingte trophoneurotische Störung, nicht um eine kapilläre Thrombose, wie beim Lupus erythematosus, sondern um eine Obliteration der kleineren Verzweigungen des

retikulären Gefäfsplexus. Diese Obliteration kann angeboren oder erworben sein; wahrscheinlich ist das letztere der Fall.

Die Affektion steht der symmetrischen Atrophie am nächsten.

Therapeutisch erwies sich die Applikation einer gesättigten alkoholischen Resorcinlösung am wirksamsten. Vereinzelte weifse Flecke sind im Verschwinden begriffen

III. **Sarcomatosis cutis**, von G. W. Wende-Buffalo. Die 38jährige, farbige Frau war bis zum Beginn ihrer Hautkrankheit gesund. Aus der Familiengeschichte weifs sie nur anzugeben, dafs zwei Schwestern an Schwindsucht gestorben sind. Vor zwei Jahren etwa bemerkte sie eines Tages an der vorderen Fläche der Tibia des rechten Beines stärkere Pigmentation und Knoten. Der Zustand erinnerte an erweiterte Venen, weshalb der Patientin geraten wurde, einen elastischen Strumpf zu tragen. Nach einigen Monaten waren die Knoten verschwunden und blieben ein volles Jahr weg. Im Anschlufs an eine Verletzung durch Fall kehrte die Affektion genau an derselben Stelle zurück und verbreitete sich innerhalb der nächsten sechs Monate über das ganze Bein. Die Schmerzen, welche sie verursachte, waren besonders stark, wenn die Patientin ging, so dafs dieselbe schliefslich gezwungen wurde, das Bett zu hüten. Als Verfasser sie zum ersten Male sah, war die Haut vom Malleolus bis hinauf zur Patella mehr oder weniger intensiv dunkelbraun verfärbt. Innerhalb der pigmentierten Fläche befanden sich zahlreiche, hirsekorn- bis haselnufsgrofse, wohlbegrenzte, auf Druck schmerzhafte, in die Haut tief eingebettete Knoten, die von einem entzündlichen Hofe nicht umgeben waren. Einige Efflorescenzen erweichten dann, brachen auf und gaben zu Ulcerationen Anlafs. Andere Knoten nahmen das Aussehen von fungoiden Exkrescenzen an, so dafs namentlich im späteren Stadium eine auffallende Ähnlichkeit mit Mykosis fungoides bestand. Die Leistendrüsen waren nicht vergröfsert.

Die Patientin magerte ab und starb an Marasmus. Eine Autopsie wurde nicht vorgenommen.

Die klinische Beobachtung, wie die histologischen Befunde im vorliegenden Falle führten zu folgenden Schlüssen:

1. Die Sarcomatosis cutis (Kaposi), welche gegenwärtig durch sarkoide Gewächse der Haut gekennzeichnet ist, hat klinisch ihre ganz speziellen charakteristischen Merkmale.

2. Sie befällt vorwiegend junge Leute. Die Initialläsionen sind kleine, tief in der Haut gelegene Papeln. Diese wachsen bis zu einer gewissen Gröfse, vereitern und enden in üppigen Granulationen.

3. Histologisch besteht sie aus einer Rundzelleninfiltration anfangs in den tieferen Schichten der Haut, um die Blutgefäfse, Haarfollikel, Talgdrüsen und Lymphräume gelegen. Die Ätiologie ist dunkel. Augenscheinlich hat man es mit einer infektiösen Krankheit zu tun.

4. Während mikroskopisch eine grofse Ähnlichkeit mit Mykosis fungoides vorhanden ist, kann man diese klinisch wegen der auffallenden Verschiedenheiten ausschliefsen. Ebenso kommt bei der Differentialdiagnose wegen des klinischen Bildes und des therapeutischen Effektes Syphilis nicht in Betracht. Lymphodermie und blastomycetische Dermatitis, ferner Carcinomatosis cutis sind wegen der histologischen Befunde auszuschliefsen.

5. Nimmt man das spontane Verschwinden der Tumoren, die Beschränkung auf die Haut ohne Neigung zur Infiltration des umliegenden Gewebes, das Fehlen von Lymphknoten und Metastasen, und die Tatsache in Betracht, dafs die Affektion ausschliefslich eine Hautkrankheit bleibt, so wird man notwendig den vorliegenden Fall als Granuloma, aber nicht als Neoplasma ansehen.

IV. **Parapsoriasis mit Einschluſs der „Erythrodermies pityriasiques en plaques disséminées"**, von L. Brocq-Paris. Diese letzteren, in Frankreich ziemlich häufig auftretenden Dermatosen sind in einer früheren Arbeit des Verfassers durch folgende Merkmale charakterisiert:

1. Durch ein nahezu vollständiges Fehlen des Juckreizes;
2. durch eine langsame Entwicklung;
3. eine Verteilung in umschriebenen, scharf begrenzten, hier und da zerstreuten Plaques;
4. ein fast vollständiges Fehlen von Infiltration der Haut;
5. eine blaſsrote Farbe;
6. eine kleienförmige Abschuppung;
7. eine auſserordentliche Resistenz gegen die bei der Seborrhoea psoriasiformis oder pityriasique gebräuchlichen Mittel und nur langsam und unvollständig energischen Applikationen von Pyrogallol weichend.

Seit der im Jahre 1897 publizierten Arbeit hat Verfasser verschiedene diesen sehr verwandte, aber doch nicht völlig identische Typen beobachtet, die er zusammen mit jenen in die Gruppe der „Parapsoriasis" einreiht. Hierhin rechnet er Unnas Parakeratosis variegata, Crockers Lichen variegatus, Jadassohns „Dermatitis psoriasiformis nodularis, Neissers „Lichenoide Eruption", Juliusbergs „Psoriasiformes und lichenoides Exanthem", Boecks „Dermatitis variegata", Fox und Macleods „Resistente, maculopapulöse, schuppige Erythrodermie", Casolis „Dermatosi squamose anormale".

Histologisch zeigen die dieser Gruppe angehörigen Affektionen bei mancherlei Verschiedenheiten auch gemeinsame, charakteristische Merkmale, welche die Etablierung einer groſsen Krankheitsgruppe rechtfertigen, und zwar: Infiltration von Rundzellen um die erweiterten Papillengefäſse, Abflachung der Papillen und groſse Neigung derselben zum Schwund; ausgesprochenes Ödem der oberen Cutisschichten und der Epidermis; fast vollständiges Verschwinden der Stachelschicht; Dilatation der intercellulären Räume der Stachelschicht; Ödem des Stratum granulosum, welches stellenweise gänzlich fehlt; Schwund des Stratum lucidum; Fehlen der Kerne in der Hornschicht, ausgenommen dort, wo die Keimschicht nicht mehr vorhanden ist.

Klinisch sind sie charakterisiert durch lange Dauer, langsame Entwicklung, torpiden Verlauf, schwache Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens; nur an der Oberfläche sich abspielenden Prozeſs, der häufig nur in einer wechselnden Röte, und einer mehr oder weniger stark hervortretenden kleienförmigen Desquamation besteht, oder sogar auch ohne letztere verläuft; und endlich durch eine auſserordentliche Resistenz gegen jede lokale Medikation.

Von der Gruppe der Parapsoriasis unterscheidet Verfasser folgende Varietäten: 1. Parapsoriasis guttata. 2. Parapsoriasis lichenoides. 3. Parapsoriasis en plaques, zu denen die eingangs erwähnten Erythrodermien gezählt werden.

August 1903.

I. **Die Röntgenstrahlen in der Dermatologie**, von H. W. Stelwagon-Philadelphia. Nach einleitenden Bemerkungen über den für dermatotherapeutische Zwecke zu verwendenden Apparat, die zu beobachtenden Vorsichtsmaſsregeln beim Gebrauche desselben und die Wirkungen der Röntgenstrahlen, teilt Verfasser seine Erfahrungen mit, welche er bei der Behandlung des Lupus vulgaris, der Akne, der Psoriasis, des Ekzems, der Keratosis palmaris gemacht hat.

Der Verfasser findet in den Röntgenstrahlen ein mächtiges Mittel, das in sachverständigen Händen bei vielen Hauterscheinungen mit Nutzen Verwendung gefunden hat und auch fernerhin finden wird.

II. **Die rationale Basis und die Indikationen für den therapeutischen Gebrauch der Röntgenstrahlen**, von W. A. Pusey-Chicago. Die rationale Basis für den dermatotherapeutischen Gebrauch der X-Strahlen findet Verfasser in den Veränderungen, welche durch die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Gewebe und die Bakterien hervorgerufen werden.

Diese Veränderungen werden nach den zumeist übereinstimmenden Berichten verschiedener Autoren zunächst vom Verfasser eingehend geschildert. Zusammengefafst sind es folgende:

1. Atrophie der Hautanhänge.
2. Zerstörung der Organismen im lebenden Gewebe.
3. Metabolische Veränderungen der Gewebe.
4. Zerstörung pathologischen Gewebes.
5. Schmerz- und oft juckstillende Wirkung bei bösartigen Geschwülsten, Neuralgien und Hautkrankheiten. Entsprechend diesen Veränderungen würden die X-Strahlen zur Anwendung kommen:

a) zur Entfernung von Haaren;
b) um Exfoliation der Nägel zu verursachen;
c) um Atrophie oder Verminderung in der funktionellen Tätigkeit der Talgdrüsen hervorzurufen;
d) zur Vernichtung von Bakterien;
e) zur Beeinflussung der Ernährung der Haut;
f) zur Zerstörung von weniger widerstandsfähigem Gewebe;
g) zur Milderung von Schmerzen und Jucken.

Nach diesen Indikationen zeigt Verfasser, bei welchen Hautzuständen im speziellen die Röntgenstrahlen sich mit Nutzen verwenden lassen.

III. **Die Röntgenstrahlen in der Dermatologie**, von E. B. Bronson. An der guten Wirkung der Röntgenstrahlen kann der nicht mehr im Zweifel sein, welcher mit ihnen längere Zeit operiert hat. Bisweilen wunderbar ist der Effekt beispielsweise bei schwerem, ulcerierenden Carcinom im raschen Nachlassen der Schmerzen, im Verschwinden des üblen Foetor, in der Reinigung der Geschwürsfläche, in der Reduktion knotiger Infiltrationen. Es unterliegt gar keinem Zweifel, dafs durch die wohltuende Einwirkung der Röntgenstrahlen das Leben manches Patienten um Jahre verlängert worden ist. Zweifellos ist auch ihre Heilwirkung beim Ulcus rodens, Lupus vulgaris, Lupus erythematosus, ihrer Fähigkeit, Haare permanent oder temporär zu beseitigen, ihr therapeutischer Effekt bei Psoriasis, Keratosis palmaris et plantaris, bei gewissen Ekzemformen, beim Nävus, bei Warzen und anderen mehr an der Oberfläche gelegenen Affektionen. Nicht zu vergessen ist der bemerkenswerte Effekt bei Hodgkins Krankheit.

Der Verfasser zeigt aber auch die Kehrseite der Röntgenwirkung; welchen Schaden die Röntgenstrahlen in übereifrigen, unvorsichtigen, wenig sachverständigen Händen anrichten können. Man wird manche, oftmals verhängnisvolle Kunstfehler vermeiden, wenn man die vier wichtigen Faktoren, welche bei der Röntgenreaktion eine Rolle spielen, in jedem einzelnen Falle genau berücksichtigt. Das sind:

1. Die Empfänglichkeit des Patienten.
2. Der Zustand der Röhre.
3. Die Entfernung der exponierten Fläche vom Strahlenfokus.
4. Die Dauer der Exposition.

September 1903.

I. **Einige präkanceröse Affektionen der Haut, oder genauer präkanceröse Keratosen**, von M. B. Hartzell-Philadelphia. Eine kleine Zahl von Hautkrankheiten,

welche kürzere oder längere Zeit, ohne klinische oder histologische Merkmale von Malignität zu zeigen, als gutartige Affektionen bestanden haben, gehen schliefslich in Epitheliom über. Diese Affektionen gehören nicht zu einer besonderen pathologischen Gruppe, vielmehr findet man unter ihnen Entzündungen, Neoplasmen, Hypertrophien und solche Alterationen der Haut, wie sie sich aus einer vorhergehenden Krankheit, oder Verletzung entwickeln können.

Der Verfasser zeigt an der Hand einschlägiger Fälle aus der Literatur, nach welchen Hautaffektionen sich Epitheliom entwickeln kann. Unter anderen schaffe die sogenannte Paraffin-Dermatitis geradezu eine Prädisposition für Carcinome. Hierher gehört der Schornsteinfegerkrebs.

Bekannt sind die Fälle von Epitheliom auf der Basis des Lupus vulgaris, der Tuberculosis cutis verrucosa, der Narben nach abgeheilten, syphilitischen Geschwüren. Relativ grofs ist die Zahl der Fälle, bei denen sich auf dem Grunde keratotitischer Prozesse, nach Warzen und Pigmentnävis Carcinome entwickelt haben. Besondere Tendenz zur Epitheliombildung zeigt die sogenannte Seborrhoea senilis oder acnée sebacée partielle, das Keratoma senile, wie Besnier es bezeichnet hat. Schuchardt hat die histologischen Veränderungen, welche sich bei dieser Affektion vorfinden, beschrieben. Er erwähnt die enorme Dickenzunahme des Stratum corneum der Epidermis, und das entzündliche Exsudat in dem oberen Teile des Coriums, hebt jedoch ausdrücklich hervor, dafs die Talgdrüsen nichts Abnormes dargeboten haben. Trotzdem hält er es für wahrscheinlich, dafs eine Anomalie der Talgdrüsensekretion den wesentlichsten und ersten Anstofs zur Entstehung des Prozesses abgibt. Nach anderen Autoren, wie Dubreuilh, und nach den Beobachtungen und Untersuchungen des Verfassers spielt bei gewissen Keratosen mehr der Schweifsdrüsenapparat eine ursächliche Rolle. So findet man bei der Arsenkeratose, dafs dem Auftreten derselben bisweilen deutliche Hyperidrosis vorangeht. In den letzten zwei Jahren hat Verfasser fünf Fälle behandelt, bei denen die Keratosis sich mit Epitheliom vergesellschaftet hatte. Histologisch war überall eine Zunahme in der Dicke der Hornschicht zu konstatieren, am stärksten um die Mündungen der Haarfollikel und der Schweifsdrüsenausführungsgänge, während sich die Talgdrüsen normal verhielten.

II. **Über hysterische Neurosen der Haut**, von A. van Harlingen-Philadelphia. Verfasser erinnert zunächst an seine im Jahre 1897 publizierte, dasselbe Thema behandelnde Arbeit, und unterzieht die einschlägige Literatur einer kurzen Durchsicht. Vielfach wurden Ausschläge bei Hysterischen als artifiziell angesehen, die später als reine Neurosen sich erwiesen haben.

Hautaffektionen, die in Verbindung mit Hysterie auftreten, sind folgende: 1. Dermographismus. 2. Erythema. 3. Urticaria. 4. Hämorrhagien. 5. Eigentümliche Formen von Ödem. 6. Bullöse Dermatitis. 7. Solitäre und multiple Geschwüre und Gangrän, einschliefslich des Raynaudschen Symptomenkomplexes. 8. Gewisse Ekzemausschläge. 9. Gewisse Haar- und Nagelkrankheiten.

Die meisten, hysterischen Ausschläge scheinen wenigstens im Beginn vasomotorischen Charakters zu sein.

Der Verfasser teilt aus der Literatur einige prägnante Beispiele mit.

III. **Rezidivierende, progressive bullöse Dermatitis bei einer hysterischen Person**, von Ch. T. White. Im Jahre 1900 bekam die 23jährige Frau, welche in ihrem Leben schon mannigfache Krankheiten durchgemacht hatte und stark hysterisch geworden war, eine Blase auf dem Dorsum des linken Fufses. Kaum war dieselbe abgeheilt, so traten an anderen Stellen neue auf, und zwar immer höher das Bein entlang bis etwa zur Mitte des Oberschenkels. Dann kam der Ausschlag für zwei Monate lang zum Stillstand, um im Jahre 1901 an den Fingern der linken Hand

auszubrechen. Wieder dauerte es elf bis zwölf Monate, ehe er verschwand. Von einer neuen Attacke wurde die Patientin im Jahre 1902 befallen. Dieses Mal waren Brust und Abdomen die ergriffenen Körperteile. Gewöhnlich ging dem Beginn der Attacke Stechen, Brennen und Hautröte voran, die etwa zwei Stunden anhielten, worauf unter empfindlichem Schmerzen die Blasen sich entwickelten.

Ödem, Infiltration, Desquamation, Krustenbildung, Epithelverlust, Ulceration fehlten vollständig. Eine voll entwickelte Blase hielt sich etwa drei Tage auf dem Aknestadium, brach auf und verschwand, ohne Spuren zu hinterlassen.

Die neurologische, sehr eingehend vorgenommene Untersuchung ergab als Resumé Hysterie.

Der Verfasser teilt das Resultat der histologischen Untersuchung mit und bespricht an der Hand der einschlägigen Literatur wegen der Differentialdiagnose den Pemphigus hystericus, den Pemphigus traumaticus hystericus und den Herpes zoster gangraenosus hystericus. *C. Berliner-Aachen.*

Bücherbesprechungen.

Die Krankheiten des behaarten Kopfes, von Paul Gastou-Paris. (J. B. Baillière et fils. Paris 1902.) Trotz seines bescheidenen Umfanges bietet das Büchlein eine recht ansehnliche Fülle von Material. Die Krankheiten des behaarten Kopfes haben hier von einem berufenen Vertreter der französischen Schule, die sich ja dieses Zweiges der Dermatologie in dem letzten Jahrzehnt besonders angenommen hat, eine kurze, aber durchaus verständliche Darstellung gefunden. Die Hauptkapitel sind: Anatomie und Physiologie, Ätiologie, Untersuchungsmethoden, differentielle Diagnostik, Prophylaxe, Hygiene und Behandlung. Am besten gelungen erscheinen uns die Kapitel Untersuchungsmethoden, Prophylaxe und Hygiene. In dem physiologischen Teil vermissen wir eine Besprechung des normalen Haarwechsels. Verfasser hat den Versuch gemacht, die Krankheiten zu klassifizieren. Er unterscheidet drei Hauptgruppen: die Alopecien, die Seborrhoen und die Pyodermiten. Dazu kommen dann die parasitären Erkrankungen und die Dermatosen, die gleichzeitig die Haut und den behaarten Kopf befallen. Diese Einteilung ist der schwache Punkt des Buches. Die Seborrhoe ist einerseits häufig das Vorstadium der Alopecie, andererseits oft eine Begleiterscheinung der vom Verfasser zu den Pyodermiten gezählten Krankheiten und der generalisierten Dermatosen. Die Folge davon ist, dafs dieselbe Krankheit unter mehreren Gruppen figuriert — zum Schaden der Übersichtlichkeit des Buches. Auf die speziellere Einteilung der drei grofsen Gruppen kann hier nicht näher eingegangen werden. Den Fachkollegen sei das Büchlein bestens empfohlen. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Die Geschichte des Badewesens, von Eduard Bäumer-Berlin. (Breslau 1903. J. U. Kerns Verlag.) Das für die heutige Welt als ausschliefsliches Mittel der Reinigung dienende Wasser war den Menschen niederer Entwicklungszeiten eine gewaltige, gewissermafsen feindliche Macht, das ebenso wie die Menschen die Dämonen und Geister bedrohend als Abwehrmittel der Menschheit gegen deren böse Gewalten galt. Darauf fufsend bürgerte sich die Wasserkur und -Behandlung ein. Die Wasserprozeduren der Naturvölker sind mehr Äufserungen dieses Dämonenglaubens, als Zeichen des Reinigungsbedürfnisses. Erst allmählich tritt bei den Völkern dieser Umschwung zu Tage. Eher aber als man aus Reinlichkeitsdrang zu baden begann, tat man es

aus Genufssucht. Man brauchte das Bad, noch zum Teil im Mittelalter, hauptsächlich als ein Mittel des Genusses, zum Wohlbehagen. Schliefslich dringt das Prinzip der Reinigung und Reinlichkeit durch. Zuerst behandelt der Verfasser des weiteren das Badewesen der Inder, Iranier, Ägypter, Babylonier, Assyrier, Griechen und Römer, darauf die Stellung des Christentums zum Badewesen. Das luxuriöse Badewesen der Griechen und Römer, welches dem ausgeprägtesten Genusse diente, wurde vom auftauchenden Christentum verworfen, doch ging es nicht bis zur völligen Negierung jeder Körperpflege, wie es nur gewisse Richtungen im Christentum taten. Ein sittlicher Einfluſs des Christentums auf das Badewesen trat in Erscheinung, als es Staatsreligion wurde. Das gemeinsame Baden beider Geschlechter wurde verboten. In den ersten Klöstern Roms wurden auch Baderäume eingebaut. Im zweiten Teil bespricht Bäumer das Badewesen der germanischen Stämme in alter Zeit und des Mittelalters. Teil 3 ist dem Badewesen der Orientalen, Finnen, Russen und Japaner, Teil 4 dem Badewesen der Neuzeit gewidmet. Augenblicklich kann Deutschland nur 2918 Warmbadeanstalten, d. h. eine auf 18000 Bewohner, aufweisen. Sachsen ist dabei am günstigsten gestellt. Wenn jeder Deutsche wöchentlich sein Bad genieſsen soll, müssen wir aber mindestens 50000 Badeanstalten besitzen. Es heiſst demnach auf diesem Gebiete noch rüstig vorwärts schreiten. *Hopf-Dresden.*

Syphilitische Natur und Heilbarkeit der Tabes und der allgemeinen Paralyse, von B. E. Lereddde-Paris. (Paris, C. Naud, 1903.) Die Theorie von der parasyphilitischen Natur der Rückenmarksschwindsucht und der progressiven Paralyse wurde schon vor Jahren dadurch etwas erschüttert, daſs Autoren Fälle von Heilung beider Affektionen zu berichten in der Lage waren. In Fluſs kam die Frage durch den Verfasser, welcher im Jahre 1902 in der französischen dermatologischen Gesellschaft auf den direkten kausalen Zusammenhang beider Krankheiten mit der Syphilis hinwies, um in dieser für die Heilung unzähliger Kranker so wichtigen Frage Klarheit zu schaffen. Die bisherigen negativen Erfolge vieler Ärzte gegenüber Tabes und Paralyse sind Lereddde nur ein Beweis dafür, daſs man die Menge des dem Körper einverleibten und im System des Menschen freigewordenen Quecksilbers nicht richtig bewertet hat. Man hat verlangt, daſs L. neue Fälle von Heilungen der beiden Affektionen anführe, doch glaubt dieser darauf verzichten zu dürfen, da ja schon zahlreiche solche beglaubigte Heilungen festgestellt worden sind, und sich mehr auf theoretische Erwägungen beschränken zu dürfen. Warum hat man solange geglaubt, daſs Tabes und Paralyse unheilbare Leiden seien? Dafür gibt Lereddde mehrere Gründe an. Erstens habe man nicht die genügenden Dosen Merkur im Kampfe mit den Prozessen des Zentralnervensystems ins Treffen geführt; weil man zu spät therapeutische Maſsnahmen spezifischer Art ergriffen habe. Die Zeit der Heilbarkeit solcher sekundärer Erscheinungen sei beschränkt; je länger sie unbehandelt bleiben, um so schwerer sind sie der Therapie zugänglich; weil die pathologische Anatomie für gewisse spezifische Prozesse, deren Natur noch unbekannt war, die syphilitische Wesenheit derselben geleugnet habe. Lereddde glaubt, daſs zwischen Tabes und Paralyse einerseits und den typischen Formen der cerebralen oder spinalen Syphilis andererseits alle Zwischen- und Übergangsstufen beobachtet werden können. Was die Therapie anbelangt, so geht Lereddde von der Überzeugung aus, daſs es nur das Quecksilber selber ist, welches heilende Einwirkungen auf die syphilitischen Prozesse überhaupt ausübt, daſs aber alle zum Teil in den verschiedensten verwendeten Präparaten vorhandenen Unterstützungsmittel, wie Jod oder Cyan oder Benzoesäure, ohne jeden kurativen Einfluſs sind. Die einzelnen Salze betrachtet er daher auch nur nach dem reinen Merkurgehalt. So beträgt letzterer bei Kalomel 85%, bei Sublimat 73%, bei Bijodür 45%, bei benzoesaurem Quecksilber 45%, bei cyansaurem Quecksilber 79%

und bei Merkur-Hermophenyl 40%. Für Fälle von Syphilis gravis soll man auf die Methode der Quecksilbereinreibungen lieber gänzlich verzichten. Man kennt die genaue, dem Körper einverleibte Menge des Heilmittels nicht, die Zuführung desselben wechselt täglich je nach der Sorgfalt, mit welcher die Einreibung besorgt wird. Die Injektionen werden also zu bevorzugen sein, da ja von der internen Medikation hier bei Merkur keine Rede sein kann. Meist werden die Einspritzungen mit Kalomel bei schweren, rebellischen Syphilisfällen zur Anwendung gebracht, doch selten in der wirksamen Dose (0,10). Für hartnäckige Prozesse ist das sonst recht verwendbare graue Öl (0,06—0,08 Quecksilber für die Woche) nicht kräftig genug. Auch bezüglich der löslichen Salze sind die Neurologen hinter den empfohlenen Dosen zurückgeblieben, wo doch angemessene Quanten 0,01 Cyanquecksilber, Sublimat oder benzoesaures Quecksilber für den Tag darstellen. Man begreift da auch die Unwirksamkeit dieser Behandlung. Als Kriterium der Wirksamkeit hat man zu betrachten die Einwirkung auf rebellische Hautläsionen. Bei visceraler und Syphilis des Nervensystems schreite man sogleich zu hohen Dosen und steigere dieselben bis zum höchstvertragenen Quantum. Man darf bei einem erwachsenen, kräftigen Mann bis zu 3½ Centigramm Quecksilber pro die gehen. Leredde bevorzugt von Quecksilbersalzen das Benzoat, das Hermophenyl und das Bijodür (in wässeriger Lösung mit Jodnatrium). Die Einspritzungen löslicher Salze werden entweder in der oberen Glutäalregion oder zu beiden Seiten der Wirbelsäule in der Dorsolumbarregion verabfolgt, hier subcutan, an ersterer Stelle tief. Knotenbildungen kommen anfangs in beträchtlichem Maße vor, geben sich aber allmählich. Die Schmerzen sind stets erträglich. Für Kalomel in Dosen von 0,2—0,3 ist Verfasser nicht zu haben, sie sind zu toxisch; doch geht er bis zu 0,1 g pro Woche zweimal. Im allgemeinen zieht er löaliche Salze vor. Jodkalium gesteht er nur eine Wirkung für gummöse Zustände zu, keine für sklerotische. Bei Paralyse ist Jodkalium ganz zu verwerfen, da es zuweilen schlagähnliche Anfälle erzeugt. *Hepf-Dresden.*

Phototherapie und Photobiologie, von Leredde und Pautrier. (Paris, 1903. C. Naud.) Ausgehend von den optischen Grundlagen der Lichttherapie fassen L. und P. in knapper präziser Weise alles zusammen, was wir über die physikalischen und chemischen Eigenschaften der einzelnen Strahlengattungen des Spektrums wissen; die Untersuchungsmethoden der jeweiligen Lichtwirkung streifend, zeigen die Verfasser an passend gewählten Beispielen die verschiedene Wirkungsweise auf die einzelnen Stufen organischen Lebens. Wir werden an Phototaxie und Polarität, an Änderung von Form und Eigenschaften kleinster einzelliger Lebewesen unter dem Einfluß des Lichts erinnert. Die interessanten Versuche unzähliger Autoren über die Wirkung der verschiedenen Lichtarten auf das Heer der Bakterien, die Wirkung des Lichts auf Wachstum, Entwicklung und Bewegung höher organisierter Wesen, Pflanzen und Tiere, wird uns in das Gedächtnis zurückgerufen und überall die entscheidende Bedeutung der chemisch wirksamen Strahlen des Spektrums betont. So wird uns in ganz ausgezeichneter Weise unmerklich das Verständnis der komplizierten Lichtwirkung auf den menschlichen Organismus näher gebracht. Wir hören von den genau studierten Wirkungen des Sonnenlichts auf die gesunde, zur Erkrankung disponierte oder schon kranke menschliche Haut und erfahren, daß der elektrische Lichtbogen ganz gleiche Veränderungen hervorrufen kann, die die Grundlage eingehender Untersuchungen (auch eigener Untersuchungen und Experimente Lereddes) wurden, so daß wir wohl vorbereitet von den Versuchen der therapeutischen Verwendung dieses Lichts hören.

Die von Finsen begründete Lichttherapie, seine und die von anderen angegebenen kleineren Apparate werden uns der Reihe nach vorgeführt und beschrieben (wir ver-

missen hierbei den Apparat von Foveau und Trouvet); auf ihre verschiedene Wirkungsweise, die von ihnen hervorgerufenen makroskopischen und mikroskopischen Reaktionen in gesunder und kranker Haut auf Grund fremder wie eigener Untersuchungen wird genauer eingegangen. (Auffällig ist hierbei, dafs, während allen anderen kleinen Apparaten eine Tiefenwirkung abgesprochen wird, der Apparat von Lortet und Genoud in seiner Wirkung der grofsen Finsenschen Einrichtung gleichstehen soll; ebenso, dafs bei der im übrigen geradezu klassischen Hervorhebung der Vorzüge der Lichtheilmethode die elektive Wirkung auf das Gewebe nur in einer Anmerkung steht!) Zahlreiche Statistiken zeigen die ganz hervorragende Wirkung der Lichtbehandlung auf die verschiedensten krankhaften Zustände der Haut, vor allem auf den Lupus vulgaris. Im allgemeinen teilen die Verfasser die auch in Deutschland augenblicklich über diese Frage herrschenden Ansichten. Zu nennen wären die von L. und P. gewonnenen Resultate, die beim Lupus vulgaris in 14 Monaten Lichtbehandlung (anscheinend mit dem Apparate von Lortet und Genoud) bei 43 Fällen 30 Heilungen bezw. Besserungen (!) verzeichnen; von 23 Fällen von Lupus erythematosus 13 geheilt oder fast geheilt zeigen, bei sechs Beobachtungen von Acne rosacea aufserordentlich schöne Erfolge zeitigten und bei einigen anderen Affektionen zum Fortschreiten auf dem eingeschlagenen Wege ermutigten.

Auch die negative Lichttherapie, die durch Fernhaltung der chemisch wirksamen Strahlen des Lichts, besonders bei Variola Erfolge erzielte, wird gestreift; ebenso die Allgemeinbehandlung mittels Lichtbädern. Die Verfasser hegen die wohl allgemein geteilte Anschauung, dafs die Bäder mit Glühbirnen nach Kellog nur eine Wärmewirkung entfalten.

Im ganzen ist das Buch sehr präzis geschrieben und führt in überaus anschaulicher Weise in die modernen Anschauungen über Lichtwirkung und Lichtbehandlung ein. *W. Lehmann-Freiburg i. B.*

Die epiduralen Injektionen durch Punktion des Sakralkanals und ihre Anwendung bei den Erkrankungen der Harnwege. Anatomische, experimentelle und klinische Untersuchungen von Fernand Cathelin-Paris. Übersetzt von Arthur Strauss-Barmen. (Stuttgart, Ferdinand Enke, 1903.) Hallion hat seinerzeit nachgewiesen, dafs bei der von Bier angegebenen, in Frankreich namentlich von Tuffier empfohlenen Kokainisierung des Rückenmarks der Erfolg nicht durch eine Einwirkung des injizierten Kokains auf das Rückenmark selbst, sondern fast ausschliefslich durch die Einwirkung auf die Rückenmarkswurzeln zu stande kommt. Diese Tatsache brachte Cathelin zuerst auf den Gedanken, nachzuforschen, ob man nicht ohne Berührung des Rückenmarks die Rückenmarkswurzeln allein erreichen könne; und er fand alsbald, dafs das ganz leicht möglich ist, indem man die Injektionen nicht subarachnoideal, sondern epidural macht, d. h. in den zwischen Dura mater und Periost der Wirbelsäule gelegenen epiduralen Raum. Derselbe ist fast ganz mit venösen Geflechten ausgefüllt, ermöglicht infolgedessen eine ungemein rasche Absorption und ist von der hinteren Kreuzbeinfläche aus leicht zugänglich. Eingehende anatomische, physiologische und experimentelle Studien, über die er in dem vorliegenden Werke ausführlich berichtet, haben C. davon überzeugt, dafs die Methode der epiduralen Injektionen sehr einfach und absolut unschädlich und gefahrlos ist; die praktischen Erfahrungen, die er in den seit dem Beginne seiner Untersuchungen verflossenen zwei Jahren gesammelt hat, haben das in vollem Umfang bestätigt. — Zur Injektion bedient man sich nach Strauss am besten einer 6 cm langen Platiniridiumnadel und der automatischen, mit Druck- und Saugventil versehenen Spritze, die er ursprünglich für die Infiltrationsanästhesie angegeben hat; Nadel und Spritze werden von Lütgenau & Cie. in Krefeld verfertigt. C. spritzt, nachdem er früher verschieden starke Kokainlösungen

injizierte, jetzt ausschliefslich physiologische Kochsalzlösung ein. Strauss dagegen empfiehlt, da seinen Beobachtungen zufolge die physiologische Kochsalzlösung den Patienten nicht selten grofse Beschwerden verursacht, die Verwendung einer 0,2%igen Kochsalzlösung, der Kokain im Verhältnis von 1 : 10000 und einige Tropfen Karbolwasser zugesetzt sind. Die eingespritzte Flüssigkeitsmenge schwankt zwischen 5 und 30 ccm, doch könnte man ohne Bedenken auch viel gröfsere Quantitäten injizieren. Die Injektionen können in Zwischenräumen von ein bis zwei Tagen beliebig oft wiederholt werden. Zur Vornahme der Einspritzungen bringt man den Kranken am besten in Simssche Seitenlage; der Operateur sucht sich die beiden seitlich gelegenen, unteren Vorsprünge des letzten Kreuzbeinwirbels und den Höhepunkt des letzten Sakralfortsatzes auf und sticht etwa in der Mitte der Linie, welche von diesem Sakralfortsatz zu einer die beiden seitlichen Vorsprünge verbindenden Linie führt, ein. Dabei wird die Nadel zuerst leicht schräg in einem Winkel von 20 Grad über der Horizontalen gehalten, bis man das Gefühl hat, dafs das Ligament, das den Sakralkanal verschliefst, perforiert ist; dann senkt man den Pavillon und stöfst die Nadel, aber ohne Gewaltanwendung, ganz gerade vor, bis sie vollständig eingedrungen ist. Schmerzen werden durch die ganze Prozedur nicht verursacht.

Anästhesie zu chirurgischen Zwecken herbeizuführen, ist bis jetzt mittels der epiduralen Injektionen nicht gelungen; vielleicht wird eine verbesserte Technik in Zukunft auch das ermöglichen. Dagegen hat die Methode bei Schmerzen in den unteren Extremitäten, bei Ischias, Lumbago, bei Interkostalneuralgie und Herpes zoster, bei visceralen Krisen, namentlich tabischer Natur, bei Bleikolik etc., sehr gute, wenn auch nicht ganz gleichmäfsige und konstante Resultate ergeben. C. selbst hat die epiduralen Injektionen bisher fast ausschliefslich bei Krankheiten der Harnwege angewendet und hat bei Enuresis nocturna der Kinder, bei nervöser Inkontinenz im Jünglingsalter, bei Inkontinenz der Greise infolge von ungenügendem Tonus des Sphinkters oder Erschlaffung der Urethra gute, zum Teil ausgezeichnete und dauernde Erfolge erzielt, und das auch in Fällen, die jeder anderen Behandlungsmethode widerstanden haben. Auch bei den verschiedenen Erscheinungen der sexuellen Neurasthenie, bei neurasthenischer Retention und Polyurie, krankhaften Pollutionen, Spermatorrhoe und Impotenz, haben sich die epiduralen Injektionen im grofsen und ganzen vorzüglich bewährt. Zum Beweise dafür werden 79 Krankengeschichten auszugsweise mitgeteilt. Ebenso gute Resultate wie C. hat Strauss gesehen; er glaubt, dafs „die Methode nicht nur der Klinik vorbehalten ist, sondern berufen scheint, ihre segensreichen, bei gewissen Krankheiten von keinem anderen Verfahren erreichten Wirkungen auch in der allgemeinen Praxis zu entfalten".

Die Erklärung, die C. für das Zustandekommen der Wirkung seiner epiduralen Injektionen gibt, ist eine ziemlich komplizierte; im wesentlichen handelt es sich nach seiner Auffassung um eine Chokwirkung, um einen „vertebralen Traumatismus".

Eine Kritik an dem neuen Verfahren nach irgend welcher Richtung hin zu üben, ist dem, dem wie dem Referenten eigene Erfahrungen nicht zu Gebote stehen, nicht möglich. Jedenfalls aber ist noch eine grofse Anzahl von Versuchen notwendig, bis wirklich erwiesen ist, dafs die Methode soviel leistet, wie ihr Erfinder glaubt, und insbesondere, dafs sie absolut unschädlich und ungefährlich ist. *Göts-München.*

Phototherapie. Das Licht als biologisches und therapeutisches Agens, von A. Chatin und M. Carle. (Paris, Masson et Cie.) In dem kompendiösen Werkchen, dem d'Arsonval eine sehr interessante, kurze Vorrede als Geleitwort mit auf den Weg gegeben hat, schildern die Verfasser nach einer leicht verständlichen physikalischen Einleitung die Wirkung des Lichtes auf die Pflanzen, Bakterien, Tiere und den menschlichen Organismus, um dann auf die therapeutische Wirkung des Lichtes im

allgemeinen einzugehen. Sie unterscheiden mit Finsen eine negative und eine positive Lichttherapie; die negative besteht darin, den schädlichen Einfluſs des Lichtes, d. h. der chemisch wirksamen Strahlen, vom erkrankten Körper fernzuhalten. Das geschieht bekanntlich durch die Rotlichtbehandlung, die von Finsen zuerst bei Blatternkranken und von anderen dann auch bei Masern- und Scharlachkranken (weiterhin auch bei Erysipelkranken. Ref.) mit gutem Erfolg in Anwendung gebracht worden ist. Bei der positiven Lichttherapie werden zuerst die verschiedenen Arten von Lichtbädern erwähnt, deren Wirkung die Verfasser dem Effekt der Wärmestrahlen zuschreiben, dann die von mehreren Autoren angestellten Versuche, durch Anwendung farbigen Lichtes die Hautkrankheiten, wie auch die Neurasthenie therapeutisch zu beeinflussen, Versuche, die bis jetzt wenigstens zu einem positiven Ergebnis nicht geführt haben. Am ausführlichsten wird naturgemäſs die Finsensche Phototherapie bei Dermatosen besprochen, insbesondere werden auſser dem eigentlichen Finsen-Apparat die Apparate von Lortet-Genoud, Schall, Fovrau und Trouvé, Marie, die Eisenelektrodenlampe Bangs, der nach ähnlichen Prinzipien konstruierte Apparat von Broca-Chatin, der sich infolge seiner Einfachheit sehr gut bewährt, dann der Apparat Finsen-Reyn und endlich die von Leredde angegebenen Kompressoren, welche die Anwendung der Finsen-Therapie auch auf Schleimhäuten ermöglicht, genau beschrieben. Das Urteil der Verfasser über die Wirkung der Finsen-Behandlung bei Lupus vulgaris lautet dahin, daſs das Verfahren allen anderen Methoden weit überlegen ist; sie empfehlen seine Anwendung in allen Fällen von Lupus, nur bei kleinen Lupusherden im Gesicht ist die Abtragung mit dem Messer und Naht der entstandenen Wunden, bei Lupus an den Extremitäten die Behandlung mit Messer und scharfem Löffel vorzuziehen. Bei stark granulierendem oder sehr ausgedehntem Lupus, beim Bestehen von Sekundärinfektionen, beim Lupus der Ostien und der Schleimhäute ist die Kombination des Finsenschen Verfahrens mit anderen Methoden von Vorteil. Als weitere Dermatosen, bei denen die Finsen-Behandlung mit Erfolg angewendet werden kann, nennen die Verfasser die hauptsächlich durch Veränderungen der Epidermis und der Gefäſse ausgezeichnete, zur oberflächlichen Sklerose tendierende Form von Lupus erythematosus, die mit starken Erythemen einhergehende Form von Akne (Akne congestiva), die chronischen, nicht parasitären Follikulitiden, das Ulcus rodens und die vereinzelt auftretenden Tuberkulide. — Die Erfolge, die Strebel mit der Anwendung der Eisenelektrodenlampe bei blennorrhoischer Urethritis erzielt haben will, können nach dem Urteil der Verfasser als beweisend noch nicht gelten.

Die ganze Phototherapie, wie auch das mit ihr zusammenhängende Gebiet der Physik und der Biologie ist in dem vorliegenden Werke Chatins und Carles auf verhältnismäſsig kleinem Raume erschöpfend und in jeder Beziehung vorzüglich dargestellt. Das Buch verdient, auch in Deutschland zahlreiche Leser und Freunde zu finden. *Götz-München.*

Über unverschuldete geschlechtliche Erkrankungen, von K. Ries-Stuttgart. (Ferd. Enke. Stuttgart, 1903.) In diesem Vortrag, welcher im Zweigverein Württemberg der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gehalten wurde, wendet sich R. weniger an die Ärzte, als vielmehr an das Laienpublikum in dem wohlberechtigten Streben, weitere Kreise auf die Möglichkeit einer Übertragung der Syphilis und der Blennorrhoe auf nicht geschlechtlichem Wege aufmerksam zu machen. Wenn derartige Belehrungen häufiger erteilt würden, wäre es wohl nicht so leicht geschehen, daſs Münchheimer bis zum Jahre 1897 nicht weniger als 10265 Fälle von Syphilis insontium in der Literatur verzeichnet fand. Auch kann man seinem Proteste gegen die oftmals ungerecht harte Behandlung der Geschlechtskranken seitens der Krankenkassen und Anstaltsleitungen nur zustimmen. Etwas zu opti-

mistisch dürfte die Ansicht R.s sein, es werde durch geeignete Belehrung „ein leichtes sein, den Jüngling, der das Elternhaus verläßt, zur sexuellen Enthaltsamkeit zu veranlassen.“ In Parenthese mag noch erwähnt werden, daß der bekannte Dermatologe Bulkley nicht Engländer, sondern Amerikaner ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Handbuch der Hautkrankheiten, von Franz Mračeк. 9. und 10. Abteilung. (Alfred Hölders Verlag, Wien, 1903.) Die vorliegenden beiden Abteilungen des Mračekschen Handbuches umfassen folgende Kapitel: R. Frank-Wien: Furunkel, Karfunkel, Zellgewebsphlegmone; Rotz und Milzbrand; Janovsky-Prag: Hyperkeratosen — Keratosis diffusa s. Hyperkeratosis universalis congenita — Ichthyosis — Keratosis follicularis — Psorospermosis follicularis vegetans s. Darierssche Krankheit — Acanthosis nigricans — Hauthörner — Keratoma hereditarium palmare et plantare — Callus — Clavus; Luithlen-Wien: Sklerodermie; Scleroma neonatorum; Elephantiasis; Löwenbach-Wien: Xeroderma pigmentosum. Wir greifen einige Kapitel heraus und werden sie auszugsweise besprechen. Der Rotz, unter den Pferden ein stark grassierendes Leiden, findet sich beim Menschen nur ausnahmsweise. Fast stets beruht er auf Infektion vom Pferde, selten von einem mit Malleus behafteten Menschen her. Letzterer ist gegenüber der spezifischen Noxe des Rotzes ziemlich widerstandsfähig. Die Eingangspforten sind Haut oder Mucosa der Nase beziehentlich Bindehaut der Augen. Selten beobachtet man Inhalationsinfektionen. Klinisch trennt Frank die Rotzaffektion in folgende Gruppen: 1. den primären, örtlich bleibenden, nur in continuitate vorwärts schreitenden Hautrotz; 2. den gleichermaßen charakterisierten Nasenrotz — diese beiden Formen chronisch verlaufend; 3. den primären Hautrotz mit sekundären Metastasen und allgemeiner Infektion mit akutem, subakutem und chronischem Verlauf; 4. den primären Nasenrotz mit Metastasen und Allgemeinerkrankung, sowie 5. Allgemeininfektionen von Rotz ohne festzustellenden Anfangsherd, ebenfalls mit akuter, subakuter und chronischer Entwicklung.

Die Infektion mit Milzkrand des Menschen erfolgt auf folgenden Wegen: Durch Berührung mit bluthaltigen Exkreten, Sekreten und mit Blut milzbrandkranker Tiere, durch Manipulationen, wie Abhäuten und Sezieren von Leichen von solchen Tieren, durch die Verbreitung von solchen Milzbrandtieren herrührender Rohprodukte im Handel — Felle (Gerber), Talg (Seifensieder) u. a. Ferner durch Berührung mit den schon verarbeiteten Stoffen, welche von kranken Tieren stammen. So wird der Milzbrandkeim durch das Gerben noch nicht abgetötet. Selbst der Leim, welcher aus den Knochen an Milzbrand erkrankter Tiere bereitet wird, vermag noch Infektionen hervorzurufen. Des weiteren beobachtet man Infektionen sowohl von den Fingern wie Lippen, als auch vom Darm ausgehend, welche durch den Genuß von Milch kranker Tiere oder der daraus hergestellten Butter oder Käses entstanden sind. Ferner wird der Milzbrand durch Insekten, sowie in seltenen Fällen durch direkten Kontakt von Mensch auf Mensch weiterverbreitet. Beim Menschen haben wir es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit cutanen Ansteckungen zu tun. Die unbedeckten Körperteile erkranken am häufigsten. Nach Zusammenstellungen von W. Koch zählte man unter 1077 Fällen von Anthrax am Kopf und im Gesicht 490mal Lokalisationen.

Höchst umfangreich ist Janovskys Arbeit über Hyperkeratosen. Lebert war der erste Autor, welcher über Keratose oder die durch Bildung von Hornsubstanz erzeugten Krankheiten und ihre Behandlung eine Arbeit erscheinen ließ. Er teilte die Keratosen in umschriebene und diffuse ein. Bei der ersten Gruppe unterschied er diejenigen Prozesse, welche auf der Epidermis ihren Sitz haben, von jenen, welche den Hautdrüsen entstammen. Hebra bespricht in seinem großen Lehrbuche die Keratosen als Unterabteilung der Hypertrophiae cutaneae und macht einen Unterschied zwischen Keratosen ohne und Keratosen mit Erkrankung bezw. Wucherung des Papillar-

körpers. Kaposi hebt, die Keratosen gleichermafsen einrangierend wie sein grofser Lehrer, hervor, dafs die Hypertrophie der Epidermis meist mit einer solchen des darunter gelegenen Papillarkörpers einhergeht. Klinisch trennt er die Keratosen mit deutlicher Hypertrophie des Papillarkörpers von denen ohne eine solche. Auspitz nennt diese Gruppe von Dermatosen Keratonosen und rangiert sie unter seines Systems Unterart „Epidermidosen, Wachstumsanomalien der Oberhaut und ihrer Anhangsgebilde" ein. Die erste Ordnung der Epidermidosen umfafst nun jene Erkrankungen der Haut, bei denen es sich vorwiegend um Unregelmäfsigkeiten des Oberhautverhornungsprozesses handelt. Die dritte Ordnung begreift jene Dermatosen ein, die sich als unnormale Fortentwicklungsverhältnisse der noch nicht zur Verhornung gelangten Oberhautgebilde darstellen, die Akanthosen. Die Anomalien der Verhornung bei den Hyperkeratosen, Keratonosen sieht Auspitz zum grofsen Teil als eine Konsequenz pathologischer Bedingungen des Keimlagers an. Diese Prozesse bilden eine Ausnahme vom Typus der physiologischen Hornbildung, sowie der gewöhnlichen Beschaffenheit und der normalen Abstofsung der Hornschicht, die aber nicht unbedingt mit Veränderungen der jungen Lagen der Epidermis einherzugehen braucht.

Auspitz trennt die Keratosen in solche mit vorwiegendem Charakter der Verhornungs-Hyperkeratosen, mit qualitativer Anomalie der Verhornungs-Parakeratosen und mit Unzulänglichkeit der Verhornung (Keratolysen). Kromayer sieht in der Hypertrophie der Hornschicht die Ursache der hyperkeratotischen Bildungen. Die einzelnen Hornzellen haften dabei aufserordentlich fest unter einander. Ihre Schicht findet dadurch von aufsen eine relativ geringere Abnutzung. Keineswegs geht nach diesem Autor mit der Hypertrophie der Hornschicht stets eine gleiche der gesamten Parenchymhaut einher. Letztere wird sogar unter Umständen druckatrophisch. Mafsgebend bei den Krankheitsprozessen der Keratose scheinen aber vor allem die Störungen in dem Bindegewebe der Cutis vasculosa. Dasselbe wird derber und sklerosiert.

Neisser-Jadassohn trennen streng Para- und Hyperkeratosen. Bei ersteren haben wir es mit atypischer, unvollkommener Verhornung zu tun. Die Epithelien sind zwar in der Umrandung, aber nicht im Zellleib verhornt. Der Kern restiert. Die Autoren unterscheiden andererseits zwei Formen von Hyperkeratosen. Einmal handelt es sich um hypertrophische Vorgänge, bei denen eine durch gesteigerten Zufluſs von Blut vom Gefäfsbindegewebe entstandene Epithelwucherung der eigentlichen Hypertrophie vorangeht. Das zweite Mal sind es mehr Vorgänge einer Retention oder Hemmungsbildung. Durch starke, feste Verhornung des Epithels bildet sich eine derbe Hornlage, unter der ganz wohl verdünnte Epithellagen zu finden sein können. Zu letzteren Prozessen zählen Neisser-Jadassohn die Fischschuppenkrankheit, den Lichen pilaris und die Pityriasis rubra pilaris, zu den wahren Epithelhornschicht-Hypertrophien die Schwielen, Clavi, Warzen, Arsenkeratosen, das hereditäre palmarplantäre Keratom u. a. Cajal glaubt, dafs die Verhornung im physiologischen Zustand in dem Mantel der Zelle und in den sich von ihm in ihr Inneres fortsetzenden Hornnetzen ihren Sitz hat; Unna nimmt aber nur an, dafs der Zellmantel das hornbildende System darstellt. Letzterer Autor stellt drei Typen der anormalen, krankhaften Verhornung auf, die er bei Verdauungsversuchen fand. Der erste (Schwielen, Hauthörner, Keratom, Hyperkerat. cong. universalis) zeigt eine grofse Verdaulichkeit des Zellinnern und ein normales Hornbalkennetz, der zweite (Psoriasis) zeigt einen schwer verdaulichen Zellleib und ein unverdauliches, enges Netz von Hornbalken, der dritte (Ichthyosis) zeigt ein sehr enges solches Netz von breiten Hornbalken und ein mittelschwer verdauliches Zellprotoplasma. Es können aber sehr harte Hornlagen gänzlich

verdaulich sein. Zum Prozefs der Hyperkeratosen gehört ferner vor allem die Reduktion des Stachelpanzers an den isolierten Hornzellen, worauf der überaus feste Zusammenhalt beruht. Die Verbindungsbrücken der Zellen sind bei den Hyperkeratosen nicht ausnehmend kräftig, sondern eher feiner, dafür aber um so zahlreicher.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Intratracheale Quecksilbereinspritzungen in der Behandlung der Syphilis, von Paul Carnot. (*Presse méd.* 1902. No. 93.) Der Verfasser empfiehlt als besonders wirksam und frei von allen lästigen Nebenerscheinungen das Einspritzen von Lösungen merkurieller Salze in die Luftröhre, welche diese Injektionen ausgezeichnet verträgt. Mit Vorliebe verwendet er lösliche Salze, vor allem das Sublimat in 1 %oiger Lösung, von der alle Tage 5—10 Kubikcentimeter eingespritzt werden.

Hopf-Dresden.

Die Behandlung der Syphilis mit Kalomelinjektionen, von E. Lesser-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1903. No. 1.) L. hält nach seinen Erfahrungen die Kalomelinjektionen für besonders wirksam bei galoppierender Syphilis und tertiärer Glossitis, auch für die schweren Iritiden gibt es kein zuverlässigeres Mittel als die Kalomelinjektionen. Andererseits führen sie häufig zu unangenehmen Nebenwirkungen und zu schweren toxischen Erscheinungen, so dafs sie eine exceptionelle Methode, die niemals als landläufige Behandlungsart der Syphilis, sondern nur unter ganz besonderen Umständen angewendet werden dürfen, darstellen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Das Sublamin in der Syphilis-Therapie, von M. Friedländer-Berlin. (*Deutsche Ärzte-Ztg.* 1902. No 4.) Verfasser hat mit dem Sublamin, einem von der chemischen Fabrik auf Aktien (vorm. E. Schering), Berlin, hergestellten Quecksilbersulfat-Äthylendiamin (mit einem Molekül Quecksilbersulfat und je zwei Molekülen Methylendiamin und Kristallwasser und einen Hg-Gehalt von 44 %), bei 15 Luetikern insgesamt 280 Injektionen gemacht. Das Sublamin hat den Vorzug vor dem Sublimat, sich auch in hoher Prozentuierung aufserordentlich leicht in Wasser zu lösen und Eiweifslösungen nicht zu koagulieren. Die antiluetische Wirksamkeit ist nach Verf., der eine 3,4 %ige Lösung zu den Injektionen benutzte, ebenbürtig der des Sublimats; eine verminderte oder verlangsamte Heilwirkung gegenüber dem Sublimat machte sich nirgends bemerkbar; wohl aber waren die lokalen Erscheinungen durchweg geringfügiger als beim Sublimat; die Knotenbildung fehlte zwar nicht, aber die Knoten waren geringer, weicher, schneller schwindend als bei Sublimatinjektionen; ebenso waren die Schmerzen geringer als bei den Sublimateinspritzungen. Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet.

Putzler-Dansig.

Zur Kritik der Syphilisbehandlung im Kreiskrankenhaus Lichterfelde, von Paul Richter-Berlin. (*Dtsch. Ärzte-Ztg.* 1902. No. 10.) R. übt eine scharfe Kritik gegen den Leiter des Lichterfelder Krankenhauses, Professor Schweninger, wegen seines Berichtes von 1901. Dieser Bericht enthalte, was die Syphilis anbetrifft, so wenig ernsthafte Tatsachen, dafs sich eine wissenschaftliche Kritik erübrigen würde,

wenn der Verfasser desselben nicht als Universitätslehrer und Arzt in mehreren angesehenen und leitenden Stellungen Anspruch auf allgemeinere Beachtung seiner Lehren machte. Auf Näheres einzugehen entspricht nicht dem Zwecke eines Referates.

Bernhard Schulze-Kiel.

d. *Malleus.*

Ein Fall von geheiltem Rotz beim Menschen, von Charles Nicolle-Rouen und Dubos-Réalcamp. (*Presse méd.* 1902. No. 82.) Bei einem gesunden jungen Manne traten kurz hintereinander drei Tumoren vor dem linken Ohr, hinter und unter dem Unterkiefer auf der linken Gesichtshälfte und an der Wade auf. Trotz Operation rezidivierten die Geschwülste in loco. Die gleichzeitige Erkrankung zweier Pferde führte die Ärzte auf die Spur des Malleus, welcher auch in der Tat durch den bakteriologischen Befund festgestellt wurde. Schliefslich begann man, Serum vom Kalb zu injizieren. Die Wiederkäuer verhalten sich bekanntlich gegen Rotz refraktär. Sofort nach Beginn dieser Therapie verringerten sich alle Symptome. Es fanden alle sechs Tage Einspritzungen von 5 später von 10 ccm Serum statt. Innerhalb von 2 1/2 Monaten wurden 190 ccm Kälberserum dem Kranken einverleibt. Es wurde totale Heilung erzielt.

Hopf-Dresden.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Behandlung der Seborrhoea squamosa der behaarten Kopfhaut, von Gaucher. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 26.) Der kurze Artikel enthält nichts Neues.

Götz-München.

Verschiedene Methoden der Krätzbehandlung, von Balzer. (*Méd. mod.* 27. Nov. 1902.) Bringt absolut nichts Neues. *C. Müller-Genf.*

Die Behandlung der Krätze mit Eudermol, von Dr. O. Marenbach. (*Aus der Klinik für Hautkr. in Bonn.* 1901.) Eudermol, salicylsaures Nikotin, wurde bei 512 Fällen erprobt, die sämtlich geheilt wurden. Der Juckreiz schwindet schnell, schon nach der zweiten bis dritten Einreibung. Man verwendet eine 0,1 %ige Vaselinsalbe. Das Mittel ist geruch- und farblos und beeinflufst meist die begleitenden Ekzeme günstig. Verschlimmerungen sind selten. Intoxikationen sind sehr selten, durchaus ungefährlich und lassen sich durch das einfache Hausmittel des schwarzen Kaffees leicht beseitigen. Sein Preis ist niedrig. 1000 g der fertigen Salbe kosten Mk. 1,80. *A. Strauss-Barmen.*

Ein leicht entzündlicher Zustand der mit grünen Schuppen bedeckten Haut, wahrscheinlich hervorgerufen durch den Bacillus pyocyaneus, von Martin F. Engman-St. Louis. (*Interstate Med. Journ.* August 1901.) Ein junger Mann machte zunächst die Wahrnehmung, dafs sein Suspensorium auf der linken Seite sich grün färbte. Mit der wärmeren Jahreszeit und der damit verbundenen etwas stärkeren Perspiration wurde auch die Grünfärbung immer stärker; schliefslich führte ihn die Beobachtung, dafs sich auf seinem Scrotum grüne Schuppen bildeten, zum Arzt. Verf. stellte fest, dafs die grünen, ganz dünnen Schuppen sich mit Leichtigkeit abkratzen liefsen, und dafs darunter die Haut leicht gerötet, aber trocken und ohne sonstige Veränderungen war. Die Schuppenbildung erstreckte sich auf das Scrotum, die benachbarten Teile der Oberschenkel und die Dammgegend; die linke Seite war stärker befallen als die rechte. Mikroskopische und bakteriologische Untersuchung

der Schuppen ergab das Vorhandensein des Staphylococcus albus und des Bacillus pyocyaneus. Verf. ist der Ansicht, dafs der Staphylococcus albus bei diesem leichten Entzündungsprozefs wohl sehr wenig beteiligt gewesen ist.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Einige klinische Betrachtungen über Ekzem im Kindesalter, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Cincinnati Lancet-Clinic.* 8. Nov. 1902.) Verfasser sieht verschiedene grofse Unterschiede zwischen dem im Kindes- und jugendlichen Alter, und dem bei Erwachsenen auftretendem Ekzema: bei ersterem sind heftige Entzündungsreaktion, Bildung von Bläschen, reichliche Sekretion, Bildung dicker Krusten vorhanden, während bei älteren Personen der Entzündungsprozefs eine Neigung zum Chronischwerden, geringe Absonderung vorhanden ist und daher nur dünne Krusten mit Pusteln und Furunkeln als Folge des Kratzens. Das Ekzem im Kindesalter hat meist atypischen Charakter, ist selten auf den ursprünglichen Entstehungsort beschränkt und hat ausgesprochene Tendenz zu Rezidiven. R. bespricht kurz die bekannten ätiologischen und prädisponierenden Ursachen des Ekzems im Kindesalter; bezüglich der nun so viel ventilierten Frage über den Einfluſs der Mikroorganismen glaubt er, dafs der Staphylococcus pyogenes albus, welche in so grofser Menge auf ekzematösen Oberflächen zu finden ist, speziell einen schädlichen Einfluſs hat. Auf einer normalen Haut sind diese Mikroorganismen nicht im stande, irgendwie schädlich zu wirken, aber wenn schlechte Ernährung, Ödem und irgend eine andere Zirkulationsstörung, welche Hyperämie oder Stasis in der Haut bewirkt, vorhanden ist, dann finden diese Mikroorganismen einen guten Entwicklungsboden. Ekzem findet sich oft bei Kindern, welche an Verdauungsstörungen leiden, welche schlecht genährt und von skrophulösem Habitus sind. Daher legt R. bezüglich der Behandlung grofsen Nachdruck auf Regelung der Diät, warnt auch vor zu reichlicher Kost, vor Alkohol in jeder Form u. s. w. und empfiehlt bei der letztgenannten Kategorie von Kindern Eisen-, tonische Präparate, Lebertran. Lokal ist natürlich strenge Reinlichkeit die erste Bedingung, Entfernung der Krusten u. s. w. In Fällen von akutem Ekzema mit tiefen Excoriationen, welches von reichlicher Sekretion und heftigem Jucken begleitet ist, hatte R. guten Erfolg mit einer Ichthyolsalbe, bei Ekzema mit gleichzeitigem Prurigo ist Schwefelapplikation von Vorteil (etwa der Lassarschen Pasta zugemischt), bei pustulösem Ekzema des Kopfes weifse Präcipitatsalbe. In vielen Fällen, auch solchen, wo alle anderen Mittel versagt haben, ist die alte Wilsonsche Salbe von grofsem Nutzen. Wenn das Ekzem abgeheilt, aber die Haut noch zart und manchmal Jucken vorhanden ist, empfiehlt R. die Anwendung einer Karbollösung (mit Glycerin, Aqu. ros. und Alkohol), welche auf die Haut mit einem Wattetampon aufgerieben und dann mit Reispuder abgetrocknet wird. Dafs die Behandlung des Kinderekzems ein gut Teil Geduld von Seite des Arztes (und der Eltern! Ref.) erfordert, glaubt R. zum Schlusse noch besonders hervorheben zu müssen. *Stern-München.*

Die Behandlung des chronischen Ekzems, von P. Heffernan. (*Brit. med. Journ.* 9. Mai 1903.) Der Verfasser behandelte zwei ekzematöse Plaques auf dem Nacken eines Knaben auf zweierlei Arten. Auf die eine Stelle wurden Umschläge von Liquor Plumbi und Liquor carbonis detergens ☒ gemacht und des Nachts Unguent. hydrargyr. oxyd. flav. aufgestrichen; die andere Stelle, etwa markstückgrofs, wurde mit einer 5%igen Kokainlösung gebürstet und dann Jodtinktur und Jodliniment zu gleichen Teilen aufgepinselt. Unter dieser Behandlung heilten beide Stellen in gleich schneller Zeit und gleich glatt ab. *C. Berliner-Aachen.*

Über strichförmiges Ekzem im Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus brachii externus im Anschluſs an eine Verletzung, von Orlipski-Halberstadt. (*Therap. Monatsh.* November 1902.) Wenige Tage nach einer unbedeutenden Ver-

letzung am rechten Handgelenk trat bei einer sonst gesunden Frau ein Ekzem auf, das an der Stelle der Verletzung begann, strichförmig, dem Verlauf des Nerv. cutaneus brachii ext. entsprechend, sich verbreitete und bis zu der Stelle am Oberarm ging, wo dieser Nerv sich vom N. musculo-cutaneus abzweigt. Verf. nennt die Erkrankung Ekzema linciforme nervosum und vermutet, daſs das Trauma eine Neuritis ascendens veranlaſste, deren Folge das strichförmige Ekzem innerhalb des „Dermatoms" des betreffenden Hautnerven war. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Psoriasis, eine klinische Betrachtung, von Chalmers Watson-Edinburgh. (*Edinb. med. Journ.* März 1908.) W. beobachtete einige schwere Fälle von Psoriasis, welche ihm in verschiedener Beziehung bemerkenswert schienen, speziell aber in Bezug auf drei Punkte: 1. Gleichzeitige Taubheit, vom Mittelohre ausgehend; 2. Ausgesprochene Polyurie mit Incontinentia urinae, und 3. Interkurrente Fieberanfälle mit Adenitis. Nachdem W. schon früher Mittelohrerkrankungen, welche zu Taubheit geführt, mit Erfolg mit einem Präparate von Knochenmark behandelt hatte, versuchte er dieselbe Therapie bei solch hartnäckigen Fällen von Psoriasis. Das Präparat, Myelocen genannt, d. h. eine 50%ige Lösung des Knochenmarks in Mandelöl, zuvor flüssig gemacht und erwärmt, wurde auf die Haut der Vorderarme appliziert und 10—15 Minuten lang eingerieben, um möglichst gut resorbiert zu werden; vorher müssen diese Teile in heiſsem Wasser gebadet werden, damit alle Schuppen zur Entfernung kommen. Nach zehn Tagen trat schon in dem einen ausführlich beschriebenem Falle bedeutende Besserung, nach drei Wochen fast völlige Heilung (s. die beigegebenen Photographien) ein, ebenso verschwanden auch die übrigen (Harn- und Ohren-) Komplikationen. Auch nach weiteren vier Monaten war der Zustand ein befriedigender und noch kein Rezidiv eingetreten (was bei einem auch nach Jahren wiederkehrenden Leiden, wie die Psoriasis, doch keineswegs definitive Heilung bedeutet. Ref.). *Stern-München.*

Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis, von P. Bürgener. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1908. No. 1—3.) B. hat 160 Fälle von Psoriasis auf gleichzeitige Schleimhautaffektionen untersucht und darunter nur vier sichere Fälle von Leukoplakie feststellen können. Auf Grund der Statistiken von Lissauer, Schütz, Nielsen, Jadassohn, Bulkley kommt B. dazu, mit Schütz und Lissauer darin übereinzustimmen, daſs die Leukoplakie, auch wenn sie bei Psoriasiskranken häufiger aufträte, noch keineswegs wirklich als Psoriasis mucosae oris anzusehen wäre. Ganz unentschieden dagegen ist die Frage, ob die Disposition zu Psoriasis auch eine Disposition zur Leukoplakie schaffe. Dagegen scheint es B. auf Grund seiner eigenen wie aller vorhergehenden Beobachtungen fraglos, daſs es eine wirkliche Psoriasis der Schleimhäute gibt, wenn sie auch auf Grund von Nielsens und seiner Statistik als ganz auſserordentlich selten zu bezeichnen ist.

In zweiter Linie hat B. festzustellen gesucht: wie häufig beteiligen sich die Nägel am psoriatischen Prozeſs, welche Krankheitsbilder erzeugt die Psoriasis an den Nägeln, und inwiefern sind diese charakteristisch? Über die Häufigkeit der Nagelveränderungen bestehen werkwürdige Widersprüche, wie die Hellersche Tabelle beweist. Danach fanden

Jadassohn-Radt ...	auf 71	Psoriatiker	15	Psoriasis ung.	=	21%
Schütz	„ 100	„	17	„ „	=	17%
Nielsen	„ 66	„	17	„ „	=	10,6%
O. Rosenthal.....	„ 200	„	4	„ „	=	2%
Heller.....	„ 76	„	4	„ „	=	5,26%

Daraus berechnete Heller, daſs die Nägel in 9% erkrankt sind. B. untersuchte 144 Fälle von Psoriasis, unter denen sich 47 Nagelerkrankungen fanden, 30 zeigten typische Grübchen-Psoriasis, 17 Erkrankungen vom Typus der sekundären Nagel-

affektionen. Die von einigen Autoren sehr selten beobachtete Grübchen-Psoriasis fand sich also in 20,8% aller beobachteten Fälle. Doch läfst sich aus der Grübchenbildung allein die Frage, ob Psoriasis wirklich primär an den Nägeln auftreten kann, schwer entscheiden. Ebenso ist Nielsens Behauptung richtig, dafs kein einziger einwandfreier Fall von Psoriasis vorliegt, der nur die Nägel betroffen hat. Es sind aber sichere Fälle beobachtet (Menrau, Dubreuilh), in denen die Nägel zuerst, vor der Haut, erkrankten.

Drittens hat B. Untersuchungen angestellt über das Auftreten der Psoriasis palmaris et plantaris, eine Lokalisation, die bisher für aufsergewöhnlich gehalten wurde. Er fand in 170 Fällen Veränderungen an Palmae und Plantae bei Psoriatikern 44 mal, also in rund 26%. Allerdings hat B. palmare und plantare Veränderungen als psoriatisch angesehen, die bisher nicht genügende Beachtung fanden. Er rechnet dazu eine Form, die in mehr oder weniger grofsen, scharf abgesetzten, intensiv roten, schuppenden Plaques besteht, die teils als Teilerscheinung stark verbreiteter oder generalisierter Psoriasis, aber auch als spezielle Lokalisation auftritt, in Fällen, in denen der übrige Körper fast oder ganz frei von Psoriasis ist. Hierher rechnet B. auch viel unscheinbarere Prozesse, welche schon in der Radtschen Dissertation, ferner in Jadassohns Bemerkungen über „Atypien bei Psoriasis vulgaris" (*Berliner Klinik*, 1897) und endlich ebenfalls von Jadassohn in seiner Arbeit „Beiträge zur Kenntnis des Lichen u. s. w." (Festschrift für Kaposi) wie folgt charakterisiert sind, dafs:

1. diese Efflorescenzen, die in anderen Gegenden meist hyperämisch, hier ganz blafs sind,

2. dafs eine weifsgelbliche Hornansammlung unter der zunächst fest zusammen haltenden, noch deutlich gerifften obersten Hornschicht entsteht, so dafs clavusähnliche, sehr harte, gelb durchscheinende Gebilde resultieren (Clavi psoriativi),

3. an diesen dicken Hornplaques deutlich festgestellt werden kann, wie nach Aufbruch der obersten Hornschicht die unter derselben gelegenen Massen abgestofsen werden und dann eine Vertiefung zurückbleibt mit blassem oder rotem Grund.

Es kommen demnach nach B's. Ansicht folgende drei Manifestationen der Psoriasis vor:

1. stecknadelkopf bis linsengrofse, gelbliche bis braunrötliche, clavusähnliche, rundliche Gebilde,

2. mehr oder weniger oberflächliche, meist kreisförmige Exfoliationen der Hornschicht mit blassem bis intensivrotem Grund und mit fehlender oder schwer zu konstatierender Infiltration (diese beiden Formen in unregelmäfsiger Disseminierung über Handteller und Fufssohlen),

3. grofse, intensiv gerötete, scharf umgrenzte, speziell an den Rändern schuppende Herde von serpiginöser Form mit oder ohne Neigung zu zentraler Involution.

Bei all diesen Formen ist die Differentialdiagnose mit Syphilis sehr schwer.

B. hat in drei Fällen histologische Untersuchungen der Psoriasis palmaris vorgenommen, die folgenden auffälligen Befund ergab: die obersten Schichten des Stratum corneum waren frei von färbbaren Kernen, die Anhäufung von weifsen Blutkörperchen innerhalb des Stratum corneum fehlte, sowie endlich fehlte die Durchwanderung der Leukocyten durch das Rete. Dabei zeigte sich eine Hyperplasie des Epithels mit mäfsig starker Verlängerung der Retezapfen, eine mäfsige Vermehrung der Zellen in den Papillen, ein aus zwei bis drei Schichten bestehendes Stratum granulosum und eine stark verdickte, aus dicht aneinander gelagerten, parallelen Lamellen bestehende Hornschicht.

Ferner untersuchte B. 230 Patienten mit Psoriasis auf gleichzeitig bestehende Diabetes resp. Glykosurie, nur zwei Fälle von Diabetes waren darunter; er hält daher sowohl

nach dem in der Literatur vorhandenen wie eigenem Material das Zusammenvorkommen von Psoriasis mit Diabetes für ein zufälliges.

Endlich bespricht B. die Beziehung der Psoriasis zur Arthritis deformans und fand unter dem privaten Material von 90 Fällen zwei, unter dem klinischen Material von 136 Fällen sechs Arthritis deformans-Fälle. Es folgen zum Schluſs einige Krankengeschichten. *Putzler-Danzig.*

Die Psoriasis, von Du Castel. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 7.) Kurze Beschreibung der Psoriasis, die Neues nicht enthält. *Göts-München.*

Psoriasis palmaris, von Th. M. Watt. (*Brit. med. Journ.* 28. März 1903.) Daſs die Psoriasis palmaris, wie einige Autoren in ihren Lehrbüchern behaupten, unterschiedlos syphilitischen Ursprungs sei, bestreitet Verfasser aus eigener Erfahrung. Er selbst hat vor mehreren Jahren erst an einem, dann am anderen Handteller Psoriasis gehabt, ist aber niemals zuvor weder mit acquirierter, noch hereditärer Lues behaftet gewesen. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung der Psoriasis, von W. T. Freeman. (*Edinb. med. Journ.*, April 1903.) Da Ätiologie und Pathologie der Psoriasis noch in Dunkel gehüllt sind, so können, wie F. einleitend hervorhebt, über deren Behandlung keine ganz bestimmten Grundsätze aufgestellt werden, sondern dieselbe schwankt in ziemlich weiten Grenzen. Unter Anführung einschlägiger Fälle bespricht nun F. die verschiedenen Behandlungsmethoden und die zahlreichen Theorien über Entstehung der Psoriasis (kontagiös, hereditär, Allgemeinerkrankung u. a. m.). Manche Fälle, und zwar jene, wo der chronische, trockene, stark schuppende Typus vorherrscht, heilen nach Fs. Ansicht unter der Schilddrüsentherapie rascher wie unter jeder anderen. Bei schwachen Patienten, jungen oder alten, ist Arsenik das Heilmittel par excellence, und sollte die Neigung zu Nervosität regelmäſsig mit Brompräparaten kombiniert werden. Alle Fälle und speziell die akuten werden rasche Besserung mit vollständiger Bettruhe finden und vielleicht, glaubt F., ist diese das einzige Spezifikum für die Krankheit. Von den äuſseren Mitteln bleibt das Chrysarobin, trotz seiner stark schmutzenden und manchmal reizenden Eigenschaften, noch immer das beste, welches man anwenden kann. Bezüglich der Thyreoid-Behandlung hält F. dieselbe für gefährlich bei alten Leuten, und auch bei jüngeren muſs wegen des Thyreoidismus acht gegeben werden; zu hohe Dosen sollen vermieden und die groſsen Dosen nur zur Bettzeit gegeben werden; gleichzeitige Darreichung von Arsenik würde schlimme Folgen der Schilddrüsenbehandlung verhindern. Letzteres ist überhaupt ein wertvolles inneres Mittel. Da die Mehrzahl der Fälle früher oder später rezidivieren — nur die Minderzahl erfährt permanente Heilung —, so rät F. schlieſslich, daſs man die Patienten davon jedenfalls unterrichten sollte. *Stern-München.*

Lokalbehandlung bei Psoriasis und Molluscum contagiosum, von J. Wishart-Bedlington. (*Lancet.* 11. April 1903.) Bei drei Fällen von je 18-, 28- und 37jährigem Bestehen hatte W. von folgender Behandlung gute Resultate: die gröſseren Flecke wurden jeden Abend reichlich eingerieben mit einer Mischung von Tinct. jod., Acid. carbol. liquefact. ā 1,0 und Ungt. boric. 30,0. Papeln wurden mit einer sterilisierten Nadel angestochen, bis eine leichte Blutung erfolgte. Darauf wurden ein bis zwei Tropfen Liquor epispasticus injiziert und auch die Oberfläche damit bestrichen. Dies wurde einen Abend um den anderen bis zur Erzeugung eines Bläschens, was nach etwa vier Applikationen erfolgte, fortgesetzt. Auch wirkte die Injektion von reiner Karbolsäure und auch das Aufpinseln von Liq. epispast. ohne vorheriges Ritzen gut. Vier Fälle von Molluscum contagiosum verliefen auch günstig unter Behandlung mittels Anstechens und Erzeugung von Bläschen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Hydroxylamin bei Psoriasis, von Leslie Phillips. (*Brit. med. Journ.* 7. März 1903.) Das als ein Ersatzmittel für Chrysarobin und Pyrogallol bei Psoriasis und verwandten Dermatosen empfohlene Hydroxylamin (NH_3O) hat nach den Erfahrungen des Verfassers keine Vorzüge vor jenen voraus. Es färbt zwar nicht die Haut, ist aber sehr flüchtig, giftig und verursacht unter anderen üblen Erscheinungen auch Hämaturie.

C. Berliner-Aachen.

Thyreoidextrakt bei Psoriasis, von G. Longbrotham. (*Brit. med. Journ.* 11. April 1903.) Ein 70jähriger Mann litt seit vielen Jahren an einer ausgedehnten Psoriasis des ganzen Körpers, so dafs seine Haut fast wie die eines Fisches aussah, und die Affektion sehr der Ichthyosis glich. Der Patient bekam grofse Dosis von Thyreoidextrakt, worauf der Ausschlag rapid verschwand. Nur zweimal mufste wegen Verdauungsstörungen auf kurze Zeit die Therapie unterbrochen werden.

C. Berliner-Aachen.

Über Ichthyosis vulgaris, von A. Gassmann-Basel. (*Dtsch. med. Ztg.* 1903. No. 12.) G. hat an der Jadassohnschen Klinik zu Bern eingehend die Frage der Ichthyosis studiert und gibt ein ausführliches Resumé namentlich der wesentlichsten klinischen Ergebnisse. Er beginnt mit dem Krankheitsbild und -Verlauf mit der Unterscheidung leichter Formen (Ichthyosis nitida), mittelschweren (Ichthyosis serpentina Unna, Ichthyosis noire) und schweren Formen (Ichthyosis hyperkeratosique). Ein weiterer Abschnitt gilt der Anatomie, woran sich die Ätiologie und Pathogenese anschliefsen. Ausführlich ist sodann die Differentialdiagnose behandelt. Als Ichthyosis vulgaris bezeichnet G. eine kongenitale Affektion mit Nävus-Charakter; es sind daher davon vollständig zu trennen: 1. alle vorübergehenden und heilbaren ichthyosisähnlichen Zustände und alle Affektionen, die mit Entzündung einhergehen, und welche als die Folge eines solchen oder eines anderen inneren Leidens anzusehen sind, z. B. Pityriasis, Ekzeme, lokalisierte Keratosen, Nävi; 2. das Keratoma palmare et plantare; 3. Akanthosis nigricans; 4. Parakeratosis; 5. Ichthyosis mit pemphigoiden Eruptionen von Dürings; 6. Keratosis pilaris; 7. Ulerythema ophryogenes Tænzer; 8. Akne cornée; 9. Keratosis follicularis contagiosa Brooke; 10. Dariers Dermatose; 11. Pityriasis alba athrophicans; 12. Keratosis diffusa congenita u. a. m., deren Unterschiede gegen die Ichthyosis vulgaris genau präzisiert werden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Hereditäre Ichthyosis der Handteller und Fufssohlen (Keratosis palmaris und plantaris) von George Halley. (*Scott. Journ.* April 1903.) Verfasser berichtet als Beweis für die Erblichkeit dieser Affektion über insgesamt acht Fälle, welche in zwei Generationen zweier blutsverwandter Familien (von derselben Grofsmutter abstammend) vorkamen (Tabelle).

Stern-München.

Dermatitis repens, von M. B. Hartzell-Philadelphia. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 1902. No. 25.) Unter dem Namen „Dermatitis repens" beschrieb zuerst Crocker im Jahre 1888 mehrere Fälle, die dadurch gekennzeichnet waren, dafs von einer Hautläsion aus eine Entzündung mit Bläschen- resp. Blasenbildung ausging; die obersten Epidermisschichten lösten sich ab, die Sekretion war ziemlich stark; durch periphere Ausbreitung ging die Dermatitis von der Ursprungsstelle über einen Teil des Gliedes oder noch weiter hinaus, ohne subjektive, lokale oder allgemeine Störungen zu verursachen; Heilung erfolgte nach mancherlei vergeblichen therapeutischen Bemühungen unter örtlicher Anwendung antiseptischer Mittel. Verf. beschreibt einen hierher gehörigen Fall, einen Ingenieur betreffend, an dessen rechter Hand die Endphalangen des Mittel- und Ringfingers sowie des Kleinfingerballen in der beschriebenen Weise erkrankt waren; vom Kleinfingerballen dehnte sich die Entzündung noch bis in die Mitte der Handfläche aus. In ähnlicher Weise, nur leichter, soll anfänglich auch der Fufs erkrankt gewesen sein. Verf. hält die Erkrankung für infektiös; sie hatte viel

Ähnlichkeit mit der Trichophytosis, Pilze konnten aber nicht gefunden werden. In manchen von anderer Seite beschriebenen Fällen soll die Annahme einer Neuritis als Ursache wahrscheinlicher sein. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Trichophytosis, von J. B. Kessler-Jowa. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 1902 No. 17.) Kurze Mitteilung über die Häufigkeit der Übertragung der Trichophytie von Tier auf Mensch; besonders häufig erfolgt die Verbreitung in den Viehzucht treibenden Bezirken durch das Rindvieh, namentlich die jungen Kälber, deren Haut ein besonders günstiger Nährboden für die Pilze ist. Die Landwirte, die sich die Krankheit von ihrem Vieh geholt haben, verbreiten sie dann dadurch, dafs sie sich in der Stadt rasieren lassen. In den Rasierläden wird zwar auf Sauberkeit gehalten, die Reinigung der Streichriemen und der Haarschneidemaschinen ist aber eine sehr mangelhafte.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Trichophytie, behandelt mit Röntgenstrahlen, von A. Whitfield. (*Brit. med. Journ.* 11. April 1903.) Ein vier Jahre altes Kind mit Trichophytie der Kopfhaut wurde mit Röntgenstrahlen behandelt. Nach etwa 13 Sitzungen fielen dem Kinde alle Haare an den befallenen Stellen aus. In zwei bis drei Monaten wuchsen gesunde Haare nach. Verfasser rät, die Methode nur mit grofser Vorsicht anzuwenden.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Ringworm des Gesichts und zwei weitere des behaarten Kopfes, von einem Mikrosporon der Katze verursacht; mit Bemerkungen über die Identifizierung der Infektionsquelle bei Ringwurm vermittels Reinkulturen, von Newborn-New York. (*New York med. Journ.* 15. Nov. 1902.) Im ersten Falle (von Ringwurm des Gesichts) handelte es sich um ein 16jähriges Mädchen, welches die Gewohnheit hatte, ihre kleine Katze an ihr Gesicht zu halten und zu liebkosen; letztere erwies sich bei der Untersuchung als mit zahlreichen Flecken dieser Affektion behaftet, die mikroskopische Untersuchung lehrte auch vollständige Identität der von Patientin wie von dem Tiere (aus den Haaren entnommenen) und reingezüchteten Mikroorganismen (Mikrosporon Audouini). In den zwei anderen Fällen, wo sehr hartnäckiger Ausschlag an der behaarten Kopfhaut vorhanden war, handelte es sich um ein acht- resp. zehnjähriges Kind; die Infektionsquelle war auch hier auf das Spielen mit Katzen, welche mit dieser Affektion behaftet waren, zurückzuführen. Verfasser beschreibt ausführlichst die angewandten Kulturverfahren und die gewonnenen Resultate (mit zehn Abbildungen illustriert). Bezüglich der Therapie erklärt er die Affektion an nicht behaarten Stellen für eine leichte, welche auf einige wenige Applikationen von Jodtinktur verschwinde; auf der Kopfhaut wäre es sehr gut, letztere in Verbindung mit Glycerin (zu gleichen Teilen) anzuwenden. In Anbetracht der immerhin sehr langwierigen Affektion (auf der Kopfhaut) als auch der Notwendigkeit, lange Zeit von der Schule fern bleiben zu müssen, sollten die Eltern strenge darauf sehen, dafs ihre Kinder die Tiere nicht liebkosen. Als weitere Schlufsfolgerung aus seiner Arbeit führt N. an, dafs 1. Verschiedenheiten des Nährbodens das klinische Bild des Hautringworm ebenso wie das mikroskopische des Pilzes modifizieren; 2. in dem Inhalt eines Herpesbläschens das Mycelium aufsenständige traubenförmige Sporen hervorbringen, und 3. die Reinkulturen auf Bierwürze-Agar (gelbe und braune Streifen und die fransenartigen Verbindungen) dazu dienen können, die Infektionsquelle des Ringworm bei der Katze festzustellen. *Stern-München.*

Favus erythemato-squamosus bei einem Neugeborenen, von Truffi. (*Gaz. med. ital.* 1902. No. 50.) Die Eigentümlichkeit des Falles liegt erstens in der Seltenheit der Form, unter welcher sich die Dermatose zeigte, und im jugendlichen Alter des Patienten. Die Eruption bestand aus ringförmigen, erythemato-squamösen, 2—10 cm im Durchmesser haltenden, über das umgebende Hautniveau erhabenen Ringen,

die stellenweise konfluierten und zu polycyklischen Figuren Anlafs gaben. Die zentrale Partie dieser Ringe bestand aus vollständig normaler Haut, und die Ringe waren von keinem hyperämischen Hofe umgeben. Die Schuppen liefsen sich leicht mit dem Nagel abheben, eine rötliche, glänzende, das umgebende Hautniveau nicht überragende Haut freilegend; nirgends Bläschen- oder Pustelbildung. Befallen war der Bauch, die seitlichen und hinteren Partien der Oberschenkel, die rechte Gesäfsgegend und teilweise der Rücken. Das Kind war 25 Tage alt, und die Eruption hatte sich in der zweiten Lebenswoche gezeigt. Die bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein des Achorion, das aber nirgends die charakteristische Anhäufung der Elemente zu dichten Massen (Skutula) zeigte. Solche wurden aber durch Inokulationen auf Meerschweinchen künstlich reproduziert. *C. Müller-Genf.*

Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus chronicus malignus, von Albert Fohr. (Inaug.-Dissert., Freiburg 1897.) Verf. fafst die Veröffentlichungen von Pemphigusfällen aller Art in einen grofsen Sammelbericht, dem er zwei aus der Jakobyschen Klinik hinzufügt, ohne etwas wesentlich Neues zu bringen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein eigenartiger Fall rezidivierenden bullösen Ausschlags, von William S. Gottheil-New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 1902. No. 26.) Der Fall betrifft ein 5½jähriges Mädchen, bei dem seit dem zweiten Lebensjahre regelmäfsig im Herbst sich ein Blasenausschlag einstellte, der symptomlos begann und symptomlos verlief, sofern nicht etwa durch die Lokalisation der Blasen an den Füfsen das Gehen behindert wurde. Im ersten Jahre war die Zahl der Blasen sehr gering, später wurden sie immer zahlreicher, ohne aber das Allgemeinbefinden irgendwie zu stören. Im Februar etwa hörte regelmäfsig die Bildung neuer Blasen auf und der Ausschlag heilte von selbst ab. Äufsere Reize hatten keinen Einfluls auf die Entstehung von Blasen. Verf. bezeichnet die Krankheit als benignen Pemphigus. — In der Diskussion berichten Weiss, Schamberg, Heidingsfeld und Liebesthal über ähnliche Fälle. — Heidingsfeld hat nach Röntgenbestrahlung einen ähnlichen Fall gesehen.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Ein seltener Fall von Staphylococcomykosis cutis im Verlaufe von Diabetes mellitus, von Dr. J. Studzinski. (*Przeglad lekarski.* 1903. No. 24.) Das klinische Aussehen des vom Verf. geschilderten Falles war so eigentümlich, dafs die Diagnose erst durch die histologische und bakteriologische Untersuchung gestellt werden konnte. Das Hautleiden bestand in Bildung von kleinen, bis 1½ mm im Diameter haltenden Bläschen, die im Verlaufe eines Diabetes (7% Zucker) plötzlich am Unterschenkel entstanden sind, sich weiter auf den beiden unteren Extremitäten vermehrten und dann auch auf den oberen in geringerer Zahl zum Vorschein gekommen sind. Nach Erreichen der maximalen Dimension von 1½ mm barsten die Bläschen, und es bildeten sich auf diese Weise dunkelrote, über das Hautniveau hervorragende, flache, weiche Efflorescenzen, die teilweise an gewucherte Granulationen erinnerten und von einer Infiltrationszone umgeben waren; aus den in denselben vorhandenen Öffnungen liefs sich Eiter ausdrücken.

Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung des Bläscheneiters gab ein negatives Resultat; ebenso negativ fiel die bakteriologische Untersuchung der aus der Haut ausgeschnittenen, etwa zwei Wochen alten Efflorescenz, die in Alkohol fixiert wurde, aus. Die histologische Untersuchung der letzteren ergab ein Bild, das vollkommen einem Cancroid entsprochen hat. Da aber für die Annahme eines Cancroids jeglicher klinischer Anhaltspunkt fehlte, wurde noch ein jüngeres, drei bis viertägiges Bläschen histologisch untersucht, und diese Untersuchung hat als Grundlage des Prozesses eine subakute eitrige Entzündung ergeben, die erst nachträglich zur atypischen

Epithelwucherung führte. Von dem Eiter dieses jungen Bläschens gelang es, eine Reinkultur von Staphylococcus pyogenes aureus zu züchten. Die Reinkultur wurde dann auf eine intakte Stelle am Oberarm des Patienten inokuliert; nach sieben Tagen entstanden an der Inokulationsstelle Efflorescenzen, welche mit den Anfangsefflorescenzen ganz identisch waren.

Der Fall ist im weiteren Verlaufe unter Erscheinungen von Coma diabetic. zu Grunde gegangen, und bei der Sektion ist eine Atrophie des Pancreas nebst Lungentuberkulose und metastatischem Lungenabscefs vorgefunden worden.

Die Eigentümlichkeit des Bildes der Staphylococcomykosis im vorliegenden Falle erklärt Verf. durch die Praxis, auf der sie entstanden ist — die Zuckerkrankheit.

Dr. Leo Feuerstein-Bad Hall.

b. *der Cutis.*

Gegen die Acne rosacea und die fette Seborrhoe des Gesichtes, von Robin. (*Méd. moderne.* Juni 1902.) Verfasser empfiehlt, alle zwei Tage eine ca. zweifrankstückgrofse Fläche der erkrankten Partie mit einem hirsekorngrofsen Stück grüner Seife leicht während ca. einer halben Minute einzureiben. Bei jeder Sitzung wird ein neuer gleich grofser Hautbezirk in dieser Weise behandelt, bis die ganze erkrankte Partie an die Reihe gekommen ist. In den Zwischenräumen wird die Fläche mit einem lauen Ipekakuanhainfus (0,5 : 16) abgewaschen und mit einem Gemisch aus venet. Talk 100, Verbenaöl 2, feingepulverter Borsäure 50 gepulvert. Gleichzeitig müssen alle Comedonen sorgfältig ausgepreſst und ihr Wiedererscheinen verhindert werden: Waschen des Gesichtes mit 4%iger Borsäurelösung, welcher man ein Toilettenwasser beimischt: Köln. Wasser 100, Verbenaöl 1, Menthol 0,25, Thymol 0,3; alle Abende Waschungen mit obigem Ipekakuanhainfus. Zweimal in der Woche Waschungen mit Panamaholzmaceration. *C. Müller-Genf.*

Eine Operation für die Paronychie, von Sinclair Tousey-New York. (*Med. News.* 11. April 1903.) T. glaubt, es könnte in vielen Fällen von eiteriger Entzündung des Nagelbettes die meist gebräuchliche Entfernung des Nagels umgangen werden und empfiehlt folgendes Vorgehen: Die an der Dorsalfläche des Nagels adhärente Cuticula wird in genügender Weise von dieser abgehoben, um den Abfluſs des Eiters und die Einführung eines Höllensteinstiftes zur Desinfektion der Nagelgrube zu ermöglichen. Dies Vorgehen habe den Vorzug der Einfachheit, Schmerzlosigkeit — Anästhetika sind nicht nötig —, und vor den genannten Methoden vor allem den, daſs der Nagel erhalten wird; kein Tropfen Blut werde verloren und in den meisten Fällen gehe die Heilung innerhalb dreier Tage vor sich. *Stern-München.*

Beitrag zur Kenntnis der Dermatomyositis, von Piochi. (*Lo Sperimentale.* 1902. Heft 5—6.) Verfasser beschreibt einen Fall dieser Affektion bei einem 18jährigen Jüngling, der innerhalb 14 Tagen an derselben starb, nachdem er folgendes klinische Bild gezeigt hatte: festes, holzartiges Ödem an den Gliedern, die Gelenke freilassend, bedeutende Schmerzhaftigkeit der Muskulatur auf Druck, während derartiges an den Nerven nicht zu konstatieren war, Fehlen von Sensibilitätsstörungen; Fieber, Milzschwellung, scharlachartiges Exanthem. Am entzündlichen Prozesse waren auch die Respirations- und Schlingmuskeln beteiligt. Die bakteriologische Untersuchung (des Herzblutes, der Gewebssäfte aus Milz, Lungen, beteiligten Muskeln und aus den ödematösen Hautpartien) ergaben das Vorhandensein des Diplococcus lanceolatus und capsulatus, einiger seltener Kolonien des Staphylococcus aureus (Lungen und Milz), während sich das Herzblut und der Muskelsaft als steril erwiesen. Inokulationen auf Tiere blieben resultatlos. In anatomischer Hinsicht besteht das hauptsächlichste

Substrat der Dermatomyositis in einer Entartung der Muskelfaser durch Verflüssigung des Sarkoplasma. Das spezifische Agens der Affektion ist noch unbekannt.

C. Müller-Genf.

Über Stomatitis ulcerosa, von J. S. Löblowitz. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 48.) Die Stomatitis ulcerosa, so resumiert der Verfasser, umfaßt alle mit Bildung echter Geschwüre einhergehenden Entzündungsprozesse der Mund- und Rachenschleimhaut. Sie zerfällt in zwei Gruppen: a) Stomatitis ulcerosa symptomatica s. cachectica, entsprechend der Stomatocace. Sie ist eine Teil- oder Folgeerscheinung anderer Affektionen (Skorbut, Diabetes etc.). Die Veränderung der Schleimhaut ist hier die Hauptsache; Bakterien spielen eine Nebenrolle, bedingen aber den Charakter der Geschwüre, die Art der Sekretion. b) Stomatitis ulcerosa im eigentlichen Sinne, ein rein lokales, selbständiges Leiden, das nur durch örtliche Ursachen (mechanische, chemische etc.) bedingt. Es gibt verschiedene Formen je nach den mitwirkenden Bakterien: Rein eitrige Geschwüre, putride Geschwüre, follikuläre Geschwüre u. s. w.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von multiplem Granulom, von L. Barlow. (*Brit. med. Journ.* 24. Jan. 1903.) Der Patient zeigte ursprünglich auf dem Rücken eine schmerzhafte Schwellung mit erweichtem Zentrum und einem verdickten Rande. Man hielt dieselbe für ein Gumma und behandelte sie antisyphilitisch, worauf einige Besserung eintrat. Mehrere Wochen später entwickelten sich ähnliche Knoten, die im Zentrum erweichten. Sie wurden eröffnet und der Eiter abgelassen. Derselbe enthielt Körner, welche an Aktinomyces erinnerten. Die bakteriologische Untersuchung ergab einen Fadenpilz, der nicht streptothrix war, sondern etwas gröbere Mycelien als dieser zeigte und eine schwach diastatische Wirkung auf Stärke ausübte. Seine Sporen waren oval, nicht rund. Die Pathogenität des Pilzes konnte nicht nachgewiesen werden.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Pemphigus vegetans, von Karl Bernhard. (Inaug.-Dissertation, Freiburg i. B. 1902.) Ausführliche Schilderung eines typischen Falles von Pemphigus vegetans mit letalem Ausgang bei einem 46jährigen Dienstmädchen. Der Bläschenausschlag begann an der Mundschleimhaut, ging dann auf die Finger und Genitalien über mit ständigen Nachschüben. Auch das Sektionsprotokoll und der histologische Befund werden angeführt und die Literatur dieses eigentümlichen Krankheitsbildes besprochen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Eine weitere Bemerkung über einen Fall von abdominaler Aktinomykosis, von H. W. Webber. (*Brit. med. Journ.* 9. Mai 1903.) Verfasser hat in der Nummer des *Brit. med. Journ.* vom 15. November 1902 einen Fall von abdominaler Aktinomykose bei einem 15jährigen Mädchen beschrieben, das scheinbar geheilt aus der Behandlung entlassen worden war. Im Januar 1903 kam die Patientin ganz bleich und abgemagert wieder und klagte über starken Husten und Mattigkeit. Die Untersuchung des ganz eiterigen Sputums ergab „Granula von Streptothrix actinomycotica und bewegliche Stäbchen", so daß ein Wiederauftreten der Aktinomykosis in den Lungen diagnostiziert werden mußte. Die Patientin litt an hektischem Fieber und starb zwei Monate später.

C. Berliner-Aachen.

Über das Rhinosklerom in Deutschland, von Max Lissauer-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1903. No. 6.) Das Rhinosklerom kommt in Deutschland nur selten vor, die meisten Fälle stammen aus Österreich, dann aus Südamerika, Rußland und Italien. Einen neuen Fall beobachtete L. in der Poliklinik für Nasenleiden von Dr. Scheier-Berlin. Trotz des zweifellos bacillären Ursprungs der Krankheit ist die Kontagiosität bis jetzt noch nicht erwiesen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Fall von Rhinosklerom, von ALEXANDER-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1903. No. 7.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 28. Januar 1903 stellt A. einen 36jährigen Rasierer aus Russisch-Polen vor mit typischem Rhinosklerom, von dem er Reinkulturen züchten konnte, und den er ausführlich schildert. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über einen Skleromherd in Ostpreußen, von GERBER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. No. 11.) Verfasser beobachtete in letzter Zeit acht Fälle dieser nicht sehr häufigen Krankheit der oberen Luftwege, die mit Ausnahme eines einzigen sämtlich aus dem Regierungsbezirk Gumbinnen stammen, ohne daß die Patienten je jenseits der Grenze gewesen waren. G. hält es für richtig, die Kollegen auf diese entschieden im Zunehmen begriffene Infektionskrankheit, gegen welche die Therapie bisher machtlos ist, aufmerksam zu machen, zumal die Diagnose oft sehr schwierig ist; er gibt daher die Hauptmerkmale des Skleroms kurz an. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Thiosinaminversuche bei Rhinosklerom, von EMIL GLAS. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. No. 11.) Die Versuche mit Thiosinamin bei Rhinosklerom erwiesen, daß dieses Medikament auch auf das Rhinoskleromgewebe wirkt, die Gewebsmassen und bindegewebigen Stränge weicher und dehnbarer macht, wodurch die Bougierung und Toubagierung leichter werden. Es führt aber ohne mechanische Therapie zu keiner Besserung, unterstützt dieselbe aber. Bei hochgradiger rhinoskleromatöser Stenose der Nase ist das Thiosinamin als Adjuvans von Nutzen, während bei subglottischen Verengerungen es nur dann indiziert ist, wenn Tracheotomie vorher gemacht ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Kontagiosität des Skleroms, von GERBER-Königsberg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. No. 21.) G. erwähnt zwei Fälle von Geschwistererkrankungen an Sklerom, die er in Ostpreußen beobachtete, die deutlich für die Kontagiosität dieser Krankheit sprechen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Altes und Neues zur pathologischen Anatomie des nomatösen Brandes, von RANKE-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 1.) R. rekapituliert seine im Jahre 1888 erschienene Arbeit „Zur Ätiologie und pathologischen Anatomie des nomatösen Brandes" und bringt bei dieser Gelegenheit die zu der Arbeit gehörigen, aber bis jetzt noch nicht veröffentlichten Abbildungen der Kernveränderungen etc., wie er sie bei Noma beobachtet hat. Er berichtet dann über den „Nekrosebacillus", den LÖFFLER, BANG, SCHMORL und JENSSEN bei einem der Noma verwandten Prozesse von Gewebsnekrose bei Tieren gefunden haben, und citiert dann ausführlich die Abhandlung von PERTHES „Über Noma und ihre Erreger". Bei der Untersuchung eines durch Exzision des nomatösen Gewebes geheilten Falles von Noma vulvae, über dessen Verlauf R. früher schon berichtet, hat sich nun der gleiche mikroskopische Befund ergeben, wie bei den beiden Fällen von PERTHES. Die gegen das gesunde Gewebe auswuchernden Fäden scheinen R. demnach bei Noma in der Tat eine konstante Erscheinung zu sein; die Auffassung von PERTHES, daß die bei Noma gefundenen Pilzfäden (die Streptothrix der Noma) auch wirklich die Ursache der Noma sind, hat sehr große Wahrscheinlichkeit für sich. *Göts-München.*

Emphysematöse Gangrän, von MARTIN STAMM. (*Cleveland med. Journ.* Juli 1902.) Die Ätiologie der emphysematösen Gangrän (Gasphlegmone) ist noch nicht völlig geklärt. In den meisten Fällen wird der Bacillus aërogenes capsulatus vorgefunden. Verfasser teilt einen Fall mit, bei dem sich die Gasphlegmone nach einer Schußverletzung entwickelte; die bakteriologische Untersuchung ergab eine Mischinfektion von Staphylokokken, unbekannten sporentragenden Bacillen und dem Bacillus aërogenes capsulatus. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Symmetrische Gangrän im Verlaufe des Typhus, von Troup. (*Brit. med. Journ.* 25. April 1903.) Am Ende der dritten Krankheitswoche bekam der 28jährige Patient Blasen an den Zehen, Fersen, Fufssohlen. Es bildeten sich rasch Demarkationslinien, über welche hinaus die Gangrän sich nicht mehr erstreckte. Die befallenen Partien fühlten sich trocken, gespannt an, und längs der Demarkationslinien bestand ausgedehnte Eiterung. Beide Füfse mufsten amputiert werden. Der Patient war ein Eingeborener der Drakensberge, wo die Nächte bisweilen sehr kalt sind. Es ist wahrscheinlich, dafs die Kälte eine ursächliche Rolle bei der Gangrän gespielt hat.

C. Berliner-Aachen.

Symmetrische Gangrän nach Typhus, von J. A. Rooth. (*Brit. med. Journ.* 24. Jan. 1903.) Im Hospital zu Mafeking befanden sich drei Typhuspatienten im Stadium der Rekonvalescenz, als Verfasser sie zum ersten Male sah. Einer klagte über Spannung in den Zehen, die beiden anderen hatten geschwollene Füfse. Etwa vier Tage später waren die Füfse kalt, entfärbt, die Zehen gespannt, dunkelblau, schmerzhaft. An den Knöcheln bemerkte man eine scharfe Demarkationslinie. Innhalb derselben begann nun bei einem Patienten die Haut sich loszulösen und zu nässen. Die Gangrän griff bis auf den Knochen ein. Bei den anderen war der Verlauf ein langsamer, aber stetig fortschreitender. Die Behandlung mit warmen Bädern und Einreibungen hatte nur wenig Erfolg, weshalb Verfasser in dem schwersten Falle zur Amputation des Fufses, bei den anderen zur Exstirpation einiger gangränöser Zehen sich entschliefsen mufste.

C. Berliner-Aachen.

Nekrotischer Zerfall des Scrotums und Präputiums infolge von Anthrax, von Ignatz Geiger. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 44.) Im Anschlufs an einen Anthrax des Scrotums gingen Scrotalüberzug und Haut des Penis bis zur Wurzel fast vollkommen nekrotisch zu Grunde; die Testikel lagen blofs. Trotzdem trat sehr gute Deckung spontan ein; es blieben nur zarte Narben zurück.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen Fall von Milzbrand. Heilung durch intravenöse Injektionen von Argentum colloidale Credé, von Schrage-Timmel. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 64.) Die Milzbrandinfektion war in dem vom Verfasser mitgeteilten Falle sehr schwer, der Patient überdies 75 Jahre alt. Nach zwei Injektionen von je 3 ccm einer 1%igen Kollargollösung in die Vena cephalica war die Temperatur bereits zur Norm abgefallen, das vorher sehr schlechte Allgemeinbefinden gut. Die weitere Heilung, Abschwellung der Arme, Reinigung der Geschwüre vollzog sich allmählich. Mehrere Stunden nach den Injektionen traten bei dem Patienten schwere Anfälle von „Beklemmung" auf, die aber bald vorübergingen. — Zur Technik der Injektionen bemerkt Verfasser, dafs die Credéschе Vorschrift, die Lösung vor dem Gebrauch längere Zeit abstehen zu lassen und die Spritze nur mit den oberen Flüssigkeitsschichten zu füllen, ganz besonders betont werden müsse; nur so liefse sich die unangenehme Eventualität, dafs gröbere Kollargolklümpchen in die Vene gelangen, vermeiden. Die Anfälle von „Beklemmung" sind wohl auf die den Injektionen folgende Temperatursteigerung, die nach Credé und Dieckerhoff typisch sein soll, zurückzuführen. Verfasser meint, diese Temperaturerhöhungen seien vielleicht die Folge einer massenhaften Zerstörung roter Blutkörperchen. Da die Injektionen kein ganz indifferenter Eingriff sind, möchte Verfasser sie nur als ultima ratio in Fällen von Milzbrand und septischen Erkrankungen anwenden, wenn Gefahr im Verzuge ist, sonst aber den milderen und ungefährlicheren Inunktionen von Kollargol den Vorzug geben.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Ein Fall von Milzbrand, von L. Niebert-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Febr. 1903.) Es handelte sich um einen 45jährigen, kräftigen Mann, bei welchem die Er-

krankung mit einer Papel in der Mitte des Nasenrückens begann, es folgte eine Pustel, und nachdem Patient den Versuch gemacht hatte, dieselbe mit dem Nagel zu öffnen, stellte sich intensive Röte und Schwellung über die rechte Gesichtshälfte, über Nacken und Brust ein. Mäfsig hohes Fieber gesellte sich hinzu, das Bild war das eines Gesichtserysipels, die Haut war nur nicht so rot und glänzend und enthielt zahlreiche kleine Bläschen. Die Diagnose konnte erst durch die bakteriologische Untersuchung gesichert werden, es wurden aufser den Milzbrandbacillen auch Staphylokokken (Mischinfektion) gefunden. Die Behandlung bestand in Stimulantien und lokal Ichthyolsalbe. Patient starb sieben Tage nach Beginn der Affektion. Von den zwei Typen von Milzbrand, welche unterschieden werden, äufsere und innere, ist die erstgenannte, wozu auch N. seinen Fall rechnet, der gutartige; die Mischinfektion bewirkte jedoch mit Wahrscheinlichkeit den schlimmen Ausgang. *Stern-München.*

Zur Kasuistik und Therapie des äufseren Milzbrandes des Menschen, von Federschmidt-Dinkelsbühl. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 14.) F. berichtet über zehn Fälle von Pustula maligna, von denen drei mit frühzeitiger Exzision der Pustel, sieben exspektativ ohne chirurgischen Eingriff behandelt wurden. Zwei von diesen sieben Fällen kamen ad exitum. In den drei operierten Fällen, die alle sehr rasch genasen, trat eine nachweisbare Schwellung der regionären Lymphdrüsen nicht ein. F. hält die möglichst frühzeitige Exzision in allen Fällen, in denen der Sitz der Pustel dieselbe gestattet, für die weitaus beste Behandlung; auch in Fällen, in denen die regionären Drüsen bereits hypertrophiert sind, kann die Exzision nur von Nutzen sein. Die Befürchtung, es könnten bei dem operativen Eingriff Milzbrandkeime in die Blutbahn gelangen, ist nach F.s Ansicht unbegründet. *Götz-München.*

Zur Behandlung des äufseren Milzbrandes, von Ernst Graef. (*Wien. klin. Rundschau.* 1903. No. 10.) Entgegen den Empfehlungen, die Milzbrandpocke konservativ zu behandeln, tritt Verfasser auf Grund langjähriger Erfahrungen für die energische Zerstörung der Pustula maligna mit dem Ätzkalistift ein. Der stumpfe Stift soll die Gewebe zerstören, solange man beim Reiben eine zähe, lederartige oder knorpelartige Härte fühlt, bis das unter dem Stifte einschmelzende Gewebe sich weich, als eine glatte, graurötlich schimmernde Fläche zeigt. Die Umgebung, soweit sie sich als harter hell- bis dunkelblaurot gefärbter, meist mit Bläschen bedeckter Wall darstellt, wird auch zerstört. Der Ätzung kann man die blutlose Entfernung der brandigen, lederartigen zentralen Hautstelle mittels der Schere vorausschicken. In spätestens 24 Stunden kann man den Erfolg beurteilen; das Schwinden des peripheren Ödems zeigt ein gutes Resultat. Auf diese Weise hat Verfasser von 75 Fällen 62 unmittelbare Erfolge; drei Fälle starben, zehn genasen nach schwerer Erkrankung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Behandlung des Karbunkels mit Kollodiumumpinselung, von Hauffe-Eilenburg. (*Allg. med. Centralztg.* 1903. No. 16.) Verfasser hat mehrere Karbunkel mit Erfolg durch Pinselung der Umgebung mit Kollodium in schneller Zeit behandelt. Die Verbände der Wunden selbst (Sublimat) müssen sehr sorgfältig vom Arzt selber gemacht werden, das Kollodium mufs in weiter Umgebung rings um den Herd des Karbunkels gleichmäfsig und nicht zu dicht, lieber ein paar Tage hinter einander, auf die infiltrierte Haut aufgetragen werden nach Abrasierung der Haare. Die Mitte mit dem eigentlichen Sitze des Karbunkels wird am besten mit einem antiseptischen Guttapercha-Priefsnitzumschlage bedeckt, welcher jedoch nicht bis auf die mit Kollodium bepinselte Hautfläche reichen darf. Die Kollodiumschicht darf später nicht abgerissen, sondern mufs mit der Pincette sanft abgezogen werden, nachdem sie erreicht ist. Die Mullbinden über einer nur mäfsigen Lage Watte müssen, be-

sonders am Halse, ziemlich fest und straff angelegt werden. Bei genügender Übung ist die Methode sehr brauchbar. (Viel einfacher ist das Anstechen mit weifsglühendem Thermokauter, welches sofort zum Ziele führt. D. Ref.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Framboesie beim Geflügel, von CALDER-Jamaica. (*Brit. med. Journ.* 14. Febr. 1903.) Hühner werden am häufigsten von der Krankheit befallen und zwar ist der Kopf, seltener die Füfse oder Beine der Sitz der Framboesie. Das Krankheitsbild ist nach den Beobachtungen des Verfassers ganz ähnlich dem der menschlichen Framboesie, wenn nicht direkt identisch derselben. Beim Geflügel zeigt sie einen stärker virulenten Charakter und verläuft, wenn nicht behandelt, gewöhnlich letal. Inokulationsversuche hatten ein negatives Ergebnis.

Nach den Erfahrungen des Verfassers ist die Framboesie keine Syphilis.

C. Berliner-Aachen.

Framboesie beim Geflügel, von T. C. FOX. (Ibid. 28. Febr. 1903.) Verfasser erinnert gegenüber CALDERS Beobachtung daran, dafs schon NUMA RAT im Jahre 1891 über die Framboesie schrieb: „Das Geflügel kann an einem Hautausschlage erkranken, welcher sowohl makroskopisch wie mikroskopisch der menschlichen Yaws sehr ähnlich ist. Auch Katzen können in ähnlicher Weise befallen werden." Wegen der Differentialdiagnose würde Verfasser es gern sehen, wenn CALDER ein mikroskopisches Bild eines Schnittes veröffentlichte, da auch eine Verwechslung mit Molluscum contagiosum möglich wäre. Vor einigen Jahren hat Verfasser aus Westindien einige mikroskopische Präparate von angeblicher Yaws bei Hühnern erhalten. Aber die Gewächse erwiesen sich als Molluscum contagiosum, wie es auf dem Kopfe und an den Beinen von Hühnern und anderen Vögeln in Europa vorkomme. Sie seien jedoch vom Molluscum am menschlichen Körper wesentlich verschieden und glichen mehr flachen, braunen Warzen. *C. Berliner-Aachen.*

Tuberkulose des Kehlkopfes und der Lungen (durch Aspiration) nach Dermatitis blastomycetes, von OTTO T. FREER-Chicago. (*Med. News.* 30. Mai 1903.) FR. hält den Fall deshalb für erwähnenswert, weil aufserordentlich selten die gedachte Hautkrankheit als von Tuberkulose gefolgt in der Literatur angeführt sei. Das Hautleiden selbst nahm die vordere Hälfte der linken Ohrmuschel, den äufseren Gehörgang und eine Hautstrecke ein, welche die linke Wange von den Augenbrauen herab bis zum Unterkiefer umfafste; sie hatte eine dunkelrote Farbe, und das Ohr war mit Krusten so dicht bedeckt, dafs die Gehörleistung beeinträchtigt war. Die Ansicht, dafs der Prozefs auf die Schleimhäute des Kehlkopfes übergegriffen hatte, fand sich durch den weiteren Verlauf und die mikroskopische Untersuchung (Tuberkelbacillen im Gewebe der Epiglottis) nicht bestätigt, so dafs MONTGOMERYS Behauptung, die Blastomykosis gehe nie auf die Schleimhäute über, zu Recht bestehen bleibt. Hohe Dosen Jodkalium, das eine nahezu spezifische Wirkung auf die Blastomykosis zu haben scheint, brachten die Hautaffektion vollständig zum Verschwinden, während die Lungentuberkulose rasch um sich griff und bei dem 25jährigen Patienten das tötliche Ende herbeiführte (genauer Sektionsbericht). *Stern-München.*

Beitrag zur Bakteriologie des Ulcus venereum, von A. LUXARDO. (*Riv. veneta di Scienze med.* 1902. Heft 3.) Verfasser hat zu wiederholten Malen bei verschiedenen Individuen einen Mikroorganismus nachgewiesen, der zum grofsen Teile die charakteristischen Merkmale des dieser Affektion spezifischen Pilzes zeigte. Die Längen- und Breitenmafse dieses Bacillus variieren je nach dem Nährboden, auf dem er kultiviert wird. Die Mehrzahl der Elemente zeigt in der Mitte einen hellen Raum, gleichsam eine Vakuole, wodurch das Stäbchen eine Kahnform erhält, wie dies ebenfalls bei anderen Bacillenarten konstatiert worden (Typhus, Pest etc.). Kettenbildung hat er nirgends beobachten können, höchstens waren die Stäbchen stellen-

weise zu dreien oder vieren vereinigt. Sie befinden sich sowohl innerhalb als aufserhalb der Zellen. Er ist ein aërober Bacillus, der sich auf allen möglichen Nährböden züchten läfst. Subcutane, intraperitoneale und intravenöse Injektionen von Kulturen dieses Bacillus ergaben bei den verschiedenen Versuchstieren stets ein negatives Resultat, wurde aber der Bacillus mit einer Hautstelle in Kontakt gebracht, welche vorher durch Skarifikationen ihrer Epidermis entblöfst worden war, so erhielt man nach einigen Tagen eine Pustel, welche dem Ulcus venereum ähnlich ist. Während aber beim Menschen diese Pustelbildung noch nach der fünften Generation erhältlich ist, erlischt die Virulenz des Bacillus beim Kaninchen bereits nach der zweiten Übertragung. Verfasser erklärt, dafs er den Bacillus zu klassifizieren nicht im stande ist.

C. Müller-Genf.

Experimentelle Übertragung des weichen Schankers auf das Kaninchen, von A. Luxardo. (*Riv. veneta di Scienze med.* 1903. Heft 1.) Während Sabouraud die Behauptung aufgestellt hatte, dafs der Affe das einzige Tier sei, welches für das spezifische Virus des weichen Schankers empfänglich ist, ist es dem Verfasser wiederholt gelungen, durch Inokulation typische Ulcera mollia vom Menschen auf Kaninchen, und von diesem wieder auf weitere Tiere derselben Gattung zu übertragen.

C. Müller-Genf.

Bakteriologische Untersuchungen über den Erreger des Ulcus molle, von Egon Tomaszewski. (*Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh.* 1903. 42. Bd.) Verfasser hat die bisher allein mafsgebenden Kulturversuche der Ducrey-Krepting-Unnaschen Bacillen, die von Besançon, Griffon und Le Sourd angestellt wurden, nachgeprüft und in Bestätigung derselben gefunden: die spezifischen Erreger des Ulcus molle sind unbewegliche, Gram-unbeständige Stäbchen in Kettenform, die auf Blutagar (Kaninchenblut : Agar = 1 : 2) charakteristische Kolonien bilden (flache, runde, graue bis dunkelgraue, glänzende, glattrandige, in toto absehbare Scheiben). Sie wachsen aufserdem bei 36—38° C. auf Blutagarkondenswasser und nichtkoaguliertem Kaninchen- oder Menschenblut und rufen, auf Menschen übertragen, typische Ulcera mollia hervor, während Tierversuche bis jetzt negativ ausfielen.

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Carcinomliteratur, herausgegeben von Anton Sticker, Frankfurt a. M. 1903. No. 3 und 4. Es seien aus beiden Heften einige besonders interessierende Mitteilungen hervorgehoben. Harris Moak-Albany berichtet über fünf Fälle von Kombination einer carcinomatösen und tuberkulösen Erkrankung am gleichen Organ. Fall 1 betrifft ein Krebsrezidiv mit primärer Tuberkulose der Mamma mit Metastasen beider Prozesse in den Achseldrüsen. Der zweite Fall betrifft Carcinose und Tuberkulose der Achseldrüsen. Fall 3 ähnelt dem ersten. Im vierten Fall fand sich Krebs und Tuberkulose der Flexura sigmoidea, der Leber und der Nieren. Sticker und Marx bringen Untersuchungen über das Epithelioma contagiosum des Geflügels. Sie kommen dabei zu dem Ergebnis, dafs das Gift der Geflügelpocke in die Kategorie der filtrierbaren Krankheitserreger gehört, dafs keiner der bislang ätiologisch beschuldigten Parasiten in Frage kommt, und dafs das Virus sich vielen chemischen und physikalischen Einflüssen gegenüber sehr widerstandsfähig zeigt. Es kann, ohne die Virulenz zu verlieren, eintrocknen, längere Zeit dem Tages- oder Sonnenlicht ausgesetzt werden oder Erhitzung oder Abkühlung in ziemlichen Grenzen ertragen. Eine einmalige genügende

Impfung erzielte eine noch nach fünf Monaten konstatierte Immunität. Die Hühnerpocke liefs sich auf Tauben nicht übertragen, wohl aber die Taubenpocke auf Hühner. Anna Stecksen - Stockholm veröffentlichte Studien über die Blastomyceten vom geschwulstätiologischen Standpunkt aus. Sie vertritt darin die Ansicht von dem parasitären Charakter der malignen Tumoren. Darier berichtete über einen Arsenkrebs bei einem 85jährigen Manne, welcher wegen eines chronischen Luftröhrenkatarrhes während zehn Jahren jeden Monat zwölf Tage lang, sowie die folgenden sechs Jahre monatlich sieben Tage lang täglich zwölf Tropfen Fowlersche Lösung genommen hatte. Hände und Füfse waren bei ihm die Lokalisationen einer diffusen Hyperkeratose mit Bildung horniger Warzen geworden. Drei der letzteren wandelten sich im Laufe der Jahre in wirkliche Hautkrebse um. *Hopf-Dresden.*

Impfmetastasen der Carcinome, von L. Brieger - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 47.) Im Anschlufs an eine in No. 42 der *Dtsch. med. Wochenschr.* erschienene Arbeit von Olshausen über das Auftreten von Impfmetastasen nach operativen Eingriffen bei Unterleibscarcinomen erinnert Verfasser an eine von ihm im Jahre 1884 mitgeteilte Beobachtung. Es handelte sich um ein 19jähriges Mädchen, das wegen cystischer Entartung des linken Ovariums (weiches Carcinom) ovariotomiert wurde. Bald nach der Operation Ascites, Infiltration der Narbe, ein halbes Jahr später Exitus. Bei der Sektion zeigte sich die ganze Narbe auf dem Durchschnitt durchsetzt von zahlreichen erbsen- bis kirschkerngrofsen, markigen Knoten. — Versuche des Verfassers, das Carcinom auf Tiere zu übertragen, sind bisher stets erfolglos gewesen, auch die neuesten Versuche, bei denen Tiere vor der Implantation von Carcinomgewebe längere Zeit mit Menschenblut vorbehandelt wurden.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Über eine neue Behandlungsmethode der einem operativen Eingriffe unzugänglichen krebsigen und anderweitigen bösartigen Neubildungen und des Lupus, von Aristide Ranelletti. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1902. No. 51.) Bei inoperablen Neoplasmen sucht Verfasser die verschwärten oder in Verschwärung begriffenen Massen zu mumifizieren und dadurch in der Entwicklung zu hemmen. Mirmol ist eine klare, farblose, neutral reagierende Flüssigkeit, welche 10% Fermol und 0,3% Phenol enthält. Mirmol hat eine hochgradige, trocknende, hämostatische, reinigende, desodorierende und antiseptische Wirkung. Wuchernde Neoplasmen werden zuerst rot, dann weifsgrau, dann braun, zuletzt schwarz, hart, schorfartig. Die Schorfe lösen sich trocken ab. Die durch den Zerfall der Neoplasmen bedingten schweren Folgen werden verhütet. — Indikationen für Mirmol sind: Hautkrebse, lupöse Infektionen und Ulcerationen, Gangraena lumida, gangränöse Phlegmonen, besonders bei Harninfiltrationen.

Das Verfahren bei freiliegenden Hautkrebsen ist folgendes: Gründliche Reinigung mit ½—2‰iger Fermolwässerung, Abtrocknen, Dunstverband mit Mirmol (1 : 9). Die gesunden Teile werden durch Vaselin oder Glycerin geschützt. Verbandwechsel alle 24 Stunden; Steigerung der Mirmollösung von 1 : 9 bis 1 : 4 und noch weiter. Die harten Schorfe werden, soweit sie lose sind, mit der Pincette entfernt. Ist alles Krankhafte beseitigt, dann bilden sich nur dünne, gelbliche, leicht ablösbare Schorfe, nach denen eine glatte, rosafarbige, granulierende Fläche sichtbar ist. — Nur bei gereizter Umgebung wird pausiert resp. verdünntere Lösung genommen. — Ähnlich verfährt man mutatis mutandis bei Krebsen im Munde, Mastdarm, Uterus. Hier legt man vor dem gut ausgedrückten, mit Mirmol 1 : 4 getränkten Tampon einen solchen, der in Natr. bicarbon.-Lösung (1 : 100) getaucht ist. Die Schorfe werden hier nicht schwarz, sondern grauweifs. Haben sich Ätzstellen auf der Scheidenschleimhaut gebildet, dann wird die Mirmolapplikation ausgesetzt.

Ulceriertes Lupusgewebe wird in ähnlicher Weise zerstört; es kann Mirmol sogar rein verwendet werden. Es tritt nach der Applikation eine hochgradige Hyperämie in dem lupösen und in dem umgebenden Gewebe ein, die etwa eine Stunde dauert und tuberkulinähnlich die Resorption noch fördert.

Eine Reihe von Krankengeschichten erläutern die Ausführungen des Verfassers und illustrieren die Wirksamkeit des Mirmol, welche in folgenden Sätzen zusammengefafst wird:

1. Das Mirmol besitzt eine durchaus rationelle Zusammensetzung.

2. Seine Anwendung ist sehr zu empfehlen bei der Behandlung von krebsigen und überhaupt bösartigen Geschwülsten, die einem chirurgischen Eingriff unzugänglich, jedoch zum Verbande geeignet sind.

3. Die durch das Mirmol zu erreichenden Erfolge sind anhaltend, was vielen armseligen, zum Tode verurteilten Kranken, zu grofsem Vorteile gereicht.

4. Das Mirmol erweist sich beim Lupus erfolgreich, dabei entfaltet es seine austrocknende, antiseptische Wirkung.

5. Das Mirmol ist demzufolge die beste unter den Behandlungsmethoden der inoperablen, bösartigen Geschwülste. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verschiedenes.

Richtigstellung der von Hermann Pfeiffer gegen unsere „vermutlichen Syphilisbacillen" erhobenen Einwände, von Max Joseph und Piorkowski. — **Erwiderung auf die „Richtigstellung" Max Josephs und Piorkowskis**, von Hermann Pfeiffer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. No. 33.) Joseph und Piorkowski traten H. Pfeiffer entgegen, welcher den Syphilisbacillus der beiden Autoren als einen harmlosen Bewohner der Urethra — zur Klasse der Pseudodiphtheriebacillen gehörig — bezeichnet hat. Die beiden Autoren glauben, dafs Pfeiffer den Bacillus parvus nodosus Lustgarten in Händen gehabt habe, und suchen die Sonderstellung ihres „vermutlichen Syphilisbacillus" zu stützen. Pfeiffer erwidert mit einer vernichtenden Kritik. Die von den beiden Entdeckern vorgebrachten Behauptungen werden einzeln zerpflückt. Ghon und Kraus haben die Untersuchungen Pfeiffers kontrolliert. Kraus und Assistent Buchta vermochten übrigens nicht keimfreie Placenten zu erhalten. 49 Blutuntersuchungen an Syphilitischen sind negativ ausgefallen.

Referent kann es sich nicht versagen, an dieser Stelle C. Fränkel zu citieren. In Fränkels Vortrag über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (*Münch. med. Wochenschr.* 22. Septbr. 1903. No. 38) heifst es: „Trotz eifrigster Bemühungen ist es bisher noch nicht geglückt, den Ansteckungsstoff der Syphilis zu ermitteln. Alle gegenteiligen Angaben haben der Kritik nicht Stand zu halten vermocht; ja, einige der jüngsten Entdeckungen bewegen sich sogar: jenseits von „Gut und Böse", und man ist angesichts der beschriebenen „Syphilisbacillen" fast versucht, an einen bakteriologischen Aprilscherz zu denken."

Referent wollte die von Joseph und Piorkowski beschriebenen Syphilisbacillen mit den von anderen Autoren bei der Syphilis und bei der Lepra erhobenen gleichen Befunden von Pseudodiphtheriebacillen unter einem gemeinsamen, etwas weiteren Gesichtspunkte in seinen Notizen (*diese Zeitschr.* vom 1. Septbr. 1903) beleuchten.

So hart wie das Urteil von Carl Fränkel, war sein Urteil nicht. Joseph und Piorkowski haben sich jedoch veranlafst gefühlt, den Referenten in ihrer Erwiderung so kleinlicher Motive zu beschuldigen, dafs dieser einer Replik sich überhoben fühlte.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Über die Assanierung der Ehe, von Jullien. (*Polïclinique.* 1903. No. 12.) Die Société de prophylaxie sanitaire et morale hat im November v. J. eine Kommission ernannt zum Studium der Mittel, durch die eine Assanierung der Ehe bezüglich der sexuellen Krankheiten herbeigeführt werden könnte. Der vorliegende Artikel ist der Bericht, den Jullien im Auftrage dieser Kommission erstattete. Die Vorschläge, die anderwärts gemacht worden sind, um venerisch Erkrankte an der Eingehung der Ehe zu hindern, speziell die in Holland angestrebte Verpflichtung der Ärzte, Fälle von Geschlechtskrankheiten bei Leuten, die vor der Verheiratung stehen, anzuzeigen, ferner die obligatorische Untersuchung der Ehekandidaten und -Kandidatinnen durch staatlich beauftragte Ärzte, Verpflichtung zur Beibringung eines vom Privatarzte ausgestellten Gesundheitsattestes etc., konnten von der Kommission nicht gutgeheifsen werden. Dagegen wird vorgeschlagen, allen Männern, die im Begriffe sind, zu heiraten, ein „Merkblatt" in die Hand zu geben, in dem Gefahren und Folgen der Geschlechtskrankheiten kurz, aber eindringlich geschildert sind, und denjenigen, die einmal sexuell krank waren, die Pflicht klargelegt wird, sich vor Eingehung der Ehe von einem Arzte untersuchen zu lassen und bei ungünstigem Ergebnis dieser Untersuchung die Heirat zu verschieben und sich der entsprechenden Behandlung zu unterziehen. Das Merkblatt soll den Verlobten womöglich von Amts wegen bei Bestellung des Aufgebots eingehändigt werden. *Göts-München.*

Geruch der Europäer, von Buntaro Adachi. (*Globus.* Bd. 83. No. 1.) Den Japanern fällt an den Europäern ein ausgesprochener Geruch auf, der besonders im kräftigen Alter ausgesprochen ist, als stechend-ranzig, bald süfslich, bald bitter bezeichnet wird. Frauen und Männer riechen verschieden. — Der Geruch steht mit der Geschlechtstätigkeit im Zusammenhange. Er kommt fast ausschliefslich aus der Achselhöhle. Bei Japanern kommt, aber nur sehr selten, ein ähnlicher Geruch vor, „Ye kishiu" oder „Waki-kusa" genannt. Derselbe macht militärfrei, erschwert den Japanerinnen das Heiraten. — Gewöhnlich riecht bei Japanern die Achselhöhle überhaupt nicht. — Die Europäer scheinen mehr zu schwitzen als die Japaner, haben auch viel gröfsere Schweifsdrüsen als diese. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Pflege der Kranken in Finsens Lichtheilanstalt in Kopenhagen, von E. Zabel. (*Ztschr. f. Krankenpflege.* 1903. No. 4.) Nach Belichtung von 1¼ Stunden werden die belichteten Stellen mit Zinksalbe verbunden. Die Reaktion wird mit derselben Salbe oder Ung. Diachylon oder 1%iger Arg. nitr.-Lösung (Aq. dest. und Glycerin ää) bekämpft. Hier und da wird die Applikation der Pyrogallussäure der Belichtung vorausgeschickt. Im Verbandzimmer herrscht peinliche Sauberkeit. Jeder Patient bekommt täglich 1—2 Liter sterilisierte Milch. — Bei Männern wird die Epilierung der Haare im erkrankten Gebiete vorgenommen. Borken werden vorher durch Abreiben mit Benzin beseitigt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

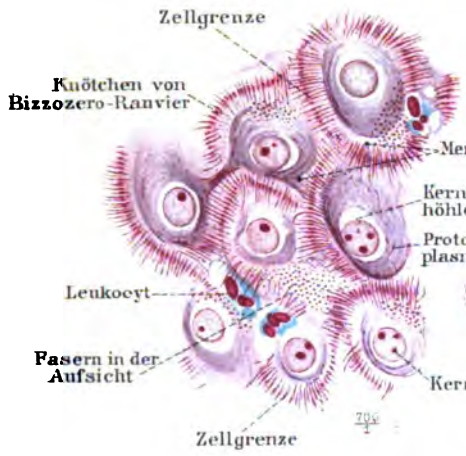


Fig. 2.

Fig. 3.

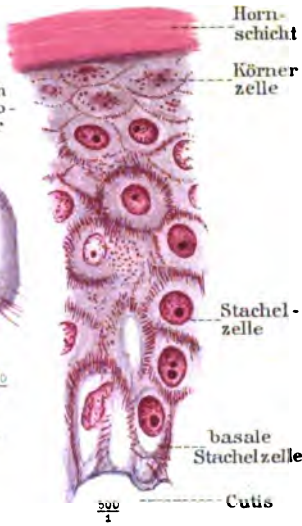


Fig. 4.

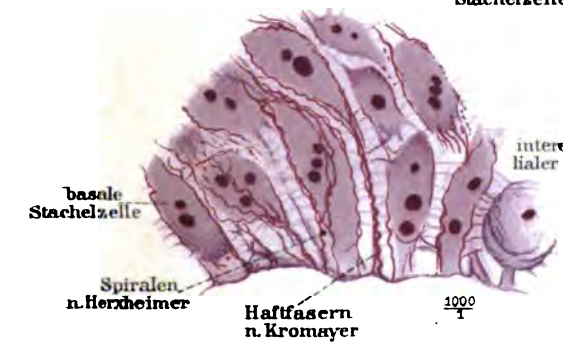


Fig. 5.

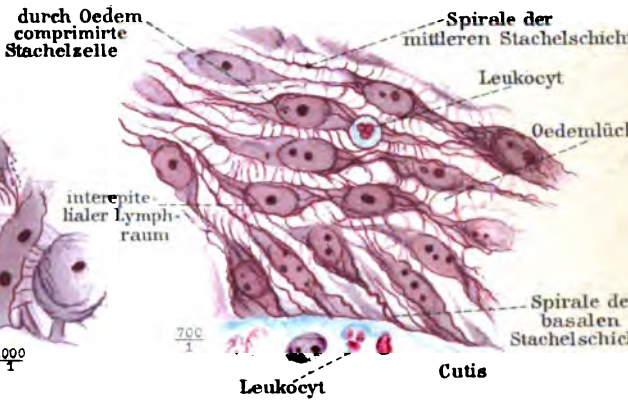


Fig. 6.

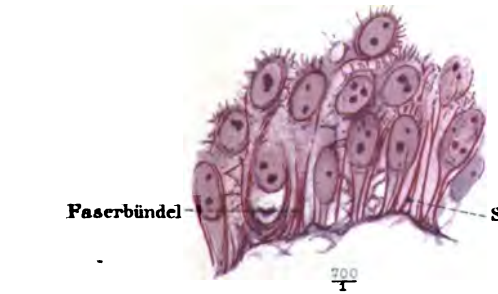
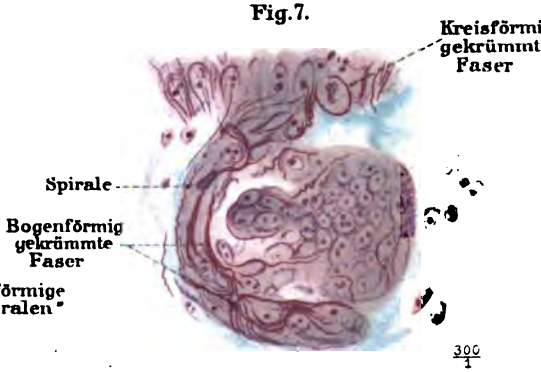


Fig. 7.



Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 37. No. 9. 1. November 1903.

Über die Zelldegeneration beim Rhinosklerom. Kritische Betrachtungen aus Anlaſs der neueren Artikel Dr. UNNAs.

Von

V. MIBELLI,

Prof. ord. der Dermatologie an der kgl. Universität in Parma.

Einige jüngst erschienene Artikel UNNAs über die Histologie des Rhinoskleroms[1] haben meine Aufmerksamkeit auf sich gezogen wegen der Neuheit der in ihnen vorgebrachten Ideen über die Bedeutung der so oft beschriebenen und diskutierten Zelldegenerationen bei dieser krankhaften Gewebsveränderung. Und besonders deshalb haben mich diese Artikel interessiert, weil mein berühmter Lehrer die Überzeugung ausdrückt, in ihnen endlich eine ebenso befriedigende wie einfache Erklärung für einige Tatsachen gegeben zu haben, mit deren Studium wir zusammen vor 14 Jahren in seinem Laboratorium uns zu beschäftigen anfingen, einem Studium, das ich für mich selbst in der Folgezeit immer wieder aufnahm, wenn ich einmal Gelegenheit hatte, neue Fälle dieses so seltenen und schweren pathologischen Prozesses zu beobachten, wie ihn das Rhinosklerom darbietet.

Weil ich jedoch vor kurzem erst einen Aufsatz über das Rhinosklerom veröffentlicht hatte,[2] so kann ich weiterhin nicht verschweigen, daſs die bald darauf erschienenen Artikel UNNAs für mich ein rein persönliches Interesse hatten. Da in ihnen Ansichten ausgedrückt waren, die den meinigen widersprachen, so führten sie mich dazu, dieselben schon ausführlich behandelten Fragen noch einmal nachzuprüfen. Ich ergreife also wieder

[1] UNNA, Die Schaumzellen. Zugleich ein Beitrag zur Histologie des Rhinoskleroms. *Dtsch. Med.-Ztg.*, 1902, No. 102; *diese Zeitschrift*, Bd. 37, No. 1.
Über Hyalin und Bacillenhüllen im Rhinoskleromgewebe. *Dtsch. Med.-Ztg.*, 1903, No. 5; *diese Zeitschrift*, Bd. 37, No. 1.
Die Färbung des Spongioplasmas und der Schaumzellen. *Diese Zeitschrift*, Bd. 36, No. 1.
Zur Differentialdiagnose zwischen Hyalin und Bacillenhüllen im Rhinoskleromgewebe. *Diese Zeitschrift*, Bd. 36, No. 2.

[2] MIBELLI, Malattie chirurgiche della pelle, in Trattato italiano di chirurgia. Vol. 2° parte 1°. Edit. Vallardi, Milano 1902.

das Wort mit der Absicht, einige kritische Bemerkungen an die Ausführungen des verehrten Meisters von Hamburg zu knüpfen.

Der wichtigste Teil der neueren Arbeiten UNNAS ist derjenige, der sich auf die hydropischen Zellen bezieht (MICULICZsche Zellen). In ihnen findet er das klarste Beispiel, das die menschliche Histologie — abgesehen von den Talgdrüsen — für die Existenz einer alveolären Struktur, eines „Wabenbaues" der Zellen nach der Wabenlehre von BÜTSCHLI, darbieten kann. UNNA hält diese Zellen für analog den hydropischen Zellen des Granulationsgewebes, die von ihm schon unter dem Namen „Korbzellen" beschrieben worden sind, und er machte den Vorschlag, für sie jetzt das mehr bezeichnende Wort „Schaumzellen" einzuführen. Denn sie bestehen in der Tat aus einer Menge von Hohlräumen, die durch äufserst feine Lamellen getrennt sind, ähnlich einer Seifenblase oder dem Schaum, der beim Hineinblasen von Luft in geschmolzene Gelatine entstehen und nach dem Erstarren dieser unverändert bleiben würde. Diese „Schaumzellen" UNNAS würden in ihrer pathologischen Bedeutung Zellen sein, deren alveoläre Struktur (wabenartig nach BÜTSCHLI) ganz offenkundig durch ein starkes parenchymatöses Ödem verursacht sei. Dieses nämlich führe dazu, dafs das Granoplasma, nachdem es sich beträchtlich vermehrt, eine mehr homogen flüssige Beschaffenheit angenommen, seine normale Tingibilität eingebüfst habe, das Spongioplasma in toto und in allen seinen Teilen ausdehne, indem es gleichzeitig den komprimierten und verkleinerten Kern an die Peripherie dränge.

Es sind also, zufolge UNNA, die nach dem Typus der Schaumzellen veränderten Zellen durchaus nicht ein spezifisches Charakteristikum für das Rhinosklerom, da sie auch vorkommen beim Granulationsgewebe der Wunden, beim malignen Ödem und bei anderen entzündlich-ödematösen Prozessen der Haut. Und ich kann meinerseits als weiteres Beispiel eines entzündlichen Prozesses der Haut, bei dem sich diese Zellformen noch schöner zeigen, anführen die akute eitrige Schweifsdrüsenentzündung, bei der ich vor kurzem die schönsten Exemplare von „Schaumzellen" in der Nachbarschaft kleiner Eiterherde fand.

Die Ansicht UNNAS ist also auf Tatsachen gestützt, deren Richtigkeit in Bezug auf die „Schaumzellen" man leicht nachweisen kann. Und wenn man ihm zugibt, dafs die hydropischen Zellen (MICULICZ) des Rhinoskleroms nichts anderes sind als gewöhnliche Schaumzellen, so kommt man ohne weiteres auch zu der Erkenntnis, dafs diese Zellformen durchaus nicht charakteristisch sind für dieses pathologische Gewebe, — gerade wie UNNA es behauptet.

Wenn ich aber auch die allgemeine Auslegung UNNAS für eine Tatsache billige, die bislang als einem einzigen Prozefs allein eigentümlich galt, so kann ich ihm doch nicht folgen, wenn er gar keine Notiz nimmt

von gewissen Abweichungen, durch die sich derselbe Prozefs der schaumartigen Degeneration der Zellen im speziellen Falle des Rhinoskleroms von demjenigen bei anderen krankhaften Affektionen unterscheidet, und wodurch er charakteristische morphologische Merkmale darbietet.

Aber da diese Unterschiede in der Tat bestehen, so scheint es mir der Mühe wert, sie ins rechte Licht zu setzen, wenn auch nur, um dem Beispiele Unnas zu folgen, das er in seiner „Histopathologie" gegeben hat: alle jene objektiven Daten zu sammeln und in Betracht zu ziehen, die als Kriterien der histologischen Diagnose dienen können.

Es wird also gut sein, zunächst daran zu erinnern, dafs bei keinem anderen krankhaften Prozesse sich die Schaumzellen in so grofser Zahl finden wie beim Rhinosklerom. Gewifs findet man sie auch einmal nicht im Rhinosklerom oder findet sie nicht ebenso zahlreich in allen Stücken, die man zu untersuchen Gelegenheit hat; ist es ja doch eine Eigentümlichkeit — auf die schon häufiger aufmerksam gemacht worden ist, und auf die auch ich nicht verfehlt habe, seinerzeit hinzuweisen[3] — des rhinoskleromatösen Gewebes, dafs es gewöhnlich sehr erhebliche Unterschiede zeigt bei einem und demselben Individuum, von einem Punkte zum anderen, den man untersucht, und selbst an ganz benachbarten Punkten. Aber alle diejenigen, die bei einer solchen zu diagnostischen Zwecken vorgenommenen Untersuchung eine gewisse Erfahrung haben sammeln können, wissen sehr wohl, dafs man ein rhinoskleromatöses Gewebe nur dann sicher erkennt, wenn im Gesichtsfelde des Mikroskops die hydropischen Zellen — sagen wir jetzt „Schaumzellen" — erscheinen; und die Diagnose ist um so sicherer, wenn es sich nicht um irgend eine isolierte Schaumzelle handelt, sondern um mehr oder weniger ansehnliche Anhäufungen von solchen, die Degenerationsherde darstellen und als solche morphologisch charakteristisch sind.

Es verhält sich hier ungefähr so wie mit der Lepra, bei der die histologische Diagnose nur dann sicher erscheint, wenn man im Gesichtsfelde die sogenannten „Leprazellen" erblickt. In der Tat wird bei der Lepra die Diagnose schnell gesichert durch die Untersuchung auf Bacillen; ihr Nachweis dient andererseits wieder als Grundlage für den histologischen Befund. Aber auch beim Rhinosklerom ist es unerläfslich, wenn man Bacillen suchen will, um die histologische Diagnose durch den bakterioskopischen Befund zu bestätigen, seine Aufmerksamkeit zu richten auf die Degenerationsherde der Schaumzellen; denn nur in ihnen oder in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft finden sich die Rhinosklerombacillen.

Die Zahl dieser Zellen ist in gewissen Fällen so grofs, dafs im Mikroskop ganze Gesichtsfelder ausschliefslich von ihnen eingenommen sind.

[3] Mibelli, Zur Histologie des Rhinoskleroms. *Diese Zeitschrift*, 1889, Bd. 8, No. 12.

So bietet das krankhafte Gewebe den seltsamen Anblick eines ausgedehnten Netzwerkes mit breiten Maschen dar, von denen jede wieder durch ein feineres Netz in Unterabteilungen geteilt ist, so dafs man sich anfangs nicht klar darüber ist, dafs es sich bei den Bildern, die man vor sich hat, wirklich um Zellen handelt.

Aber nicht allein die Zahl, nicht allein die Anordnung in ansehnlichen Degenerationsherden sind nach meiner Ansicht zwei Tatsachen, die die Schaumzellen des Rhinoskleroms charakterisieren. Wenn man auch mit UNNA annimmt, dafs diese Zelldegenerationsformen sich nicht wesentlich von den Schaumzellen in anderen pathologischen Geweben unterscheiden, so wird man andererseits doch bald erkennen, dafs man zwischen diesen Schaumzellen von gewöhnlicher Struktur, nämlich mit gleichmäfsiger Wabenbildung des Protoplasmas, auch andere ganz grundverschiedene findet, die durchaus charakteristisch und spezifisch für das Rhinosklerom sind, weil sie bei keinem anderen pathologischen Prozesse vorkommen, und die zweifellos ein Produkt der innerhalb des Protoplasmas gelegenen spezifischen Bacillen sind.

Diese absolut charakteristischen Zellen des Rhinoskleroms sind jene hydropischen Zellen von MICULICZ, die viel gröfser sind als die gewöhnlichen Schaumzellen, von unregelmäfsiger Gestalt, im allgemeinen lang ausgezogen — wohl bekannt allen Histologen, die sich mit diesen Untersuchungen beschäftigt haben —, die in ihrem Innern einen umfangreichen Hohlraum aufweisen (manchmal auch zwei oder mehr), eine Kolonie von Bacillen enthaltend, der durchaus verschieden ist von den viel kleineren Höhlen bei den gewöhnlichen Schaumzellen.[4] Die Besonderheit der Lichtbrechung und die Reaktionen bei der Färbung zeigen, dafs die innerhalb des grofsen endoprotoplasmatischen Hohlraums dieser Zellen gelegenen Kolonien von Bacillen eingebettet sind in eine halbflüssige, homogene Substanz, in eine Art von Gloea, die sie sich augenscheinlich selbst aus dem Zellprotoplasma bilden. Und diese Annahme erscheint mir um so mehr gerechtfertigt, als es bekannt ist, dafs der Rhinosklerombacillus tatsächlich in künstlichen Nährmedien eine Art von Verflüssigung hervorruft, und zwar so, dafs eine trübe, mehr oder weniger dichte und klebrige Flüssigkeit entsteht, nicht unähnlich jener, die andere und auch ich selbst einige Male aus den Nasenlöchern derartiger Kranken fliefsen sahen. — Aus diesen Betrachtungen heraus mufs man nach meiner Ansicht die durch die Rhinosklerombacillen hervorgerufene Zelldegeneration eine hydropisch-mucinöse nennen.

---

[4] ALVAREZ behauptet in der Tat, dafs es keine Zellen seien, sondern „erweiterte Lymphkapillaren, die ein fibrinöses Netzwerk enthielten und der Lieblingssitz der Rhinosklerombacillen seien". *Arch. de physiol. norm. et pathol.* 1888. Halbjahr 1.

Diese hydropisch-mucinöse — und nicht allein hydropische — Zelldegeneration scheint mir nicht geleugnet werden zu dürfen für die spezifischen, grofsen, bacillenhaltigen Schaumzellen des Rhinoskleroms. Und was die kleineren Schaumzellen anbetrifft, die keine zu Kolonien vereinigten Bacillen enthalten, so scheint man mir nicht von der einfachen Tatsache eines intracellulären Ödems sprechen zu dürfen, wie bei anderen Prozessen, bei denen man ähnliche Zellveränderungen beobachtet. Ich kann UNNA völlig darin beipflichten, dafs viele solcher Schaumzellen des Rhinoskleroms keine Bacillen enthalten und sie niemals enthalten haben; aber trotzdem habe ich die feste Überzeugung, dafs dieser schaumartige Zustand der Bindegewebszellen immer das Resultat physikalisch-chemischer Veränderungen ist, die durch dieselben Bacillen herbeigeführt wurden. Denn wenn diese sich wirklich nicht in allen Schaumzellen nachweisen lassen, so finden sie sich doch immer in ihrer Nachbarschaft; und es ist, wie schon bemerkt, eine unfehlbare Regel, Herde von Schaumzellen zu suchen, wenn man die Bacillen in einem Präparat von Rhinosklerom finden will. Wie sollte man denn auch anders als durch die chemisch-biologische Tätigkeit dieser Mikroorganismen eine derartige Zellveränderung in einem pathologischen Gewebe erklären, in dem jede Spur eines interstitiellen Ödems fehlt und jeder andere Umstand, der geeignet wäre, einen endocellulären Hydrops zu bewirken?[5]

Man mufs immer im Auge behalten, dafs das Rhinosklerom, wenn es sich histologisch darstellt als ein chronisch entzündlicher, zur Sklerose führender Prozefs, zu diesem Endstadium nur gelangt, nachdem es ein intermediäres Stadium der Kolliquation durchgemacht hat, die hier und da in einzelnen mehr oder weniger ausgedehnten Herden, entsprechend den Herden der Bacillenkolonien, vorkommt. Der erste Einbruch dieser Mikroorganismen veranlafst eine Zellinfiltration und -proliferation im

---

[5] Anmerkung der Redaktion. Ich stimme, was die Schaumzellen des Rhinoskleroms betrifft, in allen einzelnen Punkten mit meinem Freunde MIBELLI überein, nur nicht darin, dafs er glaubt, meine Anschauung weiche von der seinigen ab. Mir lag in meinen neueren Arbeiten nur daran, das Allgemeinpathologische an diesen Zellveränderungen hervorzuheben, zu zeigen, dafs die MICULICZschen Schaumzellen des Rhinoskleroms nicht allein bei diesem vorkommen, nicht eine in der Pathologie isolierte Tatsache darstellen. Herr Prof. MIBELLI hat in ausgezeichneter Weise hier gezeigt, dafs die beim Rhinosklerom vorkommenden Schaumzellen sich in feineren Details von sonstigen Schaumzellen unterscheiden, dafs sie äufserst zahlreich und in gedrängten Herden in der Nachbarschaft der Bacillen vorkommen, was auf ein herdweise lokalisiertes, serotaktisch wirkendes Gift schliefsen läfst, und dafs sie oft die spezifischen Bacillen, eingebettet in eine mucinartige Masse, enthalten. Alle diese speziellen Charakteristika würde ich bei einer speziell pathologischen Schilderung des Rhinoskleroms auch hervorgehoben und zur Charakteristik dieser Erkrankung benutzt haben, und bin sehr erfreut, dafs obiger Artikel von Herrn Prof. MIBELLI den deutschen Lesern Gelegenheit gibt, die Ansichten dieses vorzüglichen Dermatohistologen genauer kennen zu lernen, welche derselbe schon in seinem „Handbuch der chirurgischen Erkrankungen der Haut“ (1902) in italienischer Sprache vorgetragen hat. U.

Bindegewebe der Haut; in der Folge bilden die Bacillen an einigen Punkten Kolonien und dann kommt die Kolliquation zu stande, die sich äufsert durch das herdweise und vereinzelte Auftreten von Schaumzellen; zum Schlufs kommt die Sklerose dazu, die jedoch nicht immer ein definitives Faktum bildet, weil neue Bacillengenerationen beständig den Infiltrationsprozefs zu benachbarten Stellen erneuern. So kann man also auch aus diesen Betrachtungen die charakteristische und spezifisch wichtige Bedeutung schätzen lernen, welche die Schaumzellen — und speziell die bacillenhaltigen — beim Rhinosklerom haben.

* * *

Auch hinsichtlich der hyalinen Degeneration stimmen meine Ansichten nicht völlig mit denen UNNAs überein. Ich bin ganz seiner Meinung, wenn er behauptet, dafs die hyaline Substanz des Rhinoskleroms gar keine unmittelbaren Beziehungen zu den Bacillen hat, sondern ein Degenerationsprodukt des Zellprotoplasmas ist, zu dem die Bacillen nur durch eine deletäre Fernwirkung beigesteuert haben; und ich spende ihm auch gern meinen Beifall ob des gelungenen Versuchs, durch eine geeignete Färbungsmethode in einem und demselben Präparate auf der einen Seite die hyaline Substanz, auf der anderen den Bacillenschleim, d. h. die Substanz, welche die Bacillen erzeugen und in die sie eingehüllt sind, scharf zu differenzieren. Aber ich glaube, dafs man nicht ohne neue kritische Nachprüfungen die vielleicht allzu absolute Meinung UNNAS annehmen kann, dafs die hyaline Degeneration der Bindegewebszellen beim Rhinosklerom gar kein charakteristisches Merkmal aufwiese, durch das sie sich von derjenigen bei anderen Infektionsgeschwulsten der Haut oder bei malignen Neubildungen unterschiede.

Ich für meine Person habe den Eindruck gewonnen, dafs die hyalinen Zellen ebenso gut einige Eigentümlichkeiten aufweisen wie die Schaumzellen des Rhinoskleroms. In meinem schon citierten Aufsatz über das Rhinosklerom[6] beschrieb ich in der Tat bei dieser krankhaften Gewebsveränderung zwei verschiedene Arten von hyalinen Zellen, die globiferen (cellule jaline globifere) und vitrösen (cellule jaline vitree). Globifer sind für mich jene gewöhnlicheren und bekannteren hyalinen Zellen, die in ihrem Protoplasma mehr oder weniger grofse und zahlreiche Mengen von Hyalin enthalten, das in jeder Beziehung dem zerstreut oder gruppenförmig aufserhalb der Zellen, zwischen den Bindegewebsbündeln gelegenen Hyalin gleicht. Hiervon müssen nach meiner Ansicht jene Zellen unterschieden werden, die ich vitröse nenne, in denen vielmehr der Inhalt aus kugeligen, hyalinen Massen besteht, oder wo das Hyalin eine einzige

---

[6] Loco cit., pag. 239.

gleichmäfsige Masse bildet, die die ganze Zelle ausfüllt, oder wo es in verschiedene Bruchstücke (bald wenige und grofse, bald zahlreiche und kleine) geteilt ist, die durch gerade Linien und scharfe Kanten abgegrenzt sind, aus der Zerklüftung einer glasigen Masse hervorgegangen wären.

Diese hyalinen vitrösen Zellen, mögen sie vollständig oder in viele Fragmente geteilt sein, unterscheiden sich, abgesehen von ihrem spezifisch glasigen (vetroso) Aussehen, auch durch die Farbreaktionen von den globiferen hyalinen Zellen und den freiliegenden hyalinen Kugeln. Denn diese färben sich nach der alten Gentiana-Jod-Eosinmethode violett, während die vitrösen Zellen stets rosa gefärbt werden. Ferner begegnet man, so viel ich weifs, solchen Zellen nicht bei anderen pathologischen Prozessen, während sie jedoch beim Rhinosklerom einen konstanten Befund bilden. Sie sind sogar beim Rhinosklerom viel konstanter und zahlreicher als die hyalinen globiferen Zellen, und zwar findet man sie gerade an den Stellen sehr reichlich, wo die gröfsten Anhäufungen von Bacillen und die ansehnlichsten Herde von Schaumzellen sind. Deshalb scheint es mir rationell, anzunehmen, dafs diese Art von hyalinen vitrösen Zellen wahrscheinlich ein anderes spezielles oder vielmehr spezifisches Degenerationsprodukt des Rhinoskleroms darstellt und deshalb auch eine zweite charakteristische objektive Tatsache für die histologische Diagnose dieser pathologischen Gewebsveränderung liefert.

Wenn ich also meine Ausführungen kurz zusammenfasse, komme ich zu folgenden Schlüssen:

Während ich Unna zugebe, dafs Schaumzellen und Hyalinzellen durchaus nicht spezifische histologische Elemente des Rhinoskleroms sind, so finden sich doch bei diesem pathologischen Prozefs ganz besondere Schaumzellen und Hyalinzellen, die morphologisch verschieden sind, und die ihre charakteristischen Eigentümlichkeiten der spezifischen Bakterienart verdanken, die, direkt oder indirekt, sie hervorruft, und die man zweckmäfsigerweise sehr wohl in Betracht ziehen mufs bei der histologischen Diagnose des Rhinoskleroms.

* * *

Das Manuskript des gegenwärtigen Artikels war schon vor einiger Zeit (5. August 1903) an die Redaktion gesandt worden, als anfangs September das 6/7. Heft (Granulationsgeschwülste) des *Histologischen Atlas* von Unna erschien, in welchem die Zelldegenerationen des Rhinoskleroms beschrieben und abgebildet sind, und aus welchem ich mit Vergnügen ersehen habe, dafs die Ansichten des Verfassers in betreff der hyalinen Degenerationen sich heute sehr den von mir vor einem Jahre in meinem *Malattie chirurgiche della pelle* ausgesprochenen nähern, ja vielleicht vollständig decken, und welche Ansichten ich hier kurz angedeutet habe.

In der Tat beschreibt UNNA neben den im Abschnitt XXXVI beschriebenen gewöhnlichen hyalinen Zellen (meine cellule jaline globifere) im folgenden Abschnitt unter dem Namen „Hyalin in kristalloiden Formen" intracelluläre Hyalinbildungen, „die bisher noch nicht genügend bekannt und erforscht sind", und welche, nach meiner Meinung, augenscheinlich dasselbe sind wie die Gebilde meiner cellule jaline vitree. Da nun UNNA erklärt, dafs die ihm von mir im vorigen Jahre gesandten Gewebe von Rhinosklerom eine Fundgrube dieser eigentümlichen Gebilde gewesen sind, so überzeugt mich dieser Umstand um so mehr, dafs die von ihm gesehenen Gebilde, derentwegen er heute von kristalloiden Hyalinkörperchen spricht, dieselben sind, welche ich sah und unter dem Namen „cellule jaline vitree" beschrieb. (Ich zog den Ausdruck „vitreo = glasartig" dem „kristalloide" vor, um nicht einen Ausdruck zu gebrauchen, der in der physischen Chemie schwerlich diesem besonderen Falle entsprechen dürfte.)

Es erfüllt mich mit besonderer Befriedigung, dafs UNNAS neue Veröffentlichung meine These bekräftigt, dafs nämlich auch, was die hyalinen Degenerationen anbetrifft, das Rhinosklerom besondere und charakteristische Gebilde den anderen Granulomen gegenüber darbietet.

(Übersetzt von Dr. J. ULLMANN-Palermo.)

Versammlungen.

Der VIII. Kongrefs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft in Sarajewo (Bosnien) vom 21.—23. September 1903.

(Referiert von Dr. SACK-Heidelberg.)

Allgemeine Sitzung am 21. September unter dem Vorsitz des Prof. PICK.

Im Festsaale des Regierungsgebäudes eröffnete der Chef des Sanitätsdepartements der Bosnisch-Herzegowinischen Landesregierung, Herr Regierungsrat Dr. KOBLER, die Sitzung. Im Namen der Stadt sprach der Bürgermeister NEZIR EFFENDI SCALIČ, für den kroatischen Ärzteverein Herr Sanitätsrat Dr. RAKOWAC aus Agram, im Namen der Société française d'urologie Herr Primarius Dr. PREINDLSBERGER-Sarajevo, für die russischen wissenschaftlichen Institute Herr Prof. PETERSEN aus St. Petersburg.

Sodann ergriff Herr Regierungsrat Dr. KOBLER-Sarajevo das Wort zu seinem Vortrag: **Über die Impfung in Bosnien und der Herzegowina und deren Einfluss auf das Vorkommen der Blattern.**

Der Vortragende führt die Berechtigung zu seinen Ausführungen nicht nur auf den Umstand zurück, dafs es von Interesse ist, den Dermatologen, zu deren Spezialgebiet die Blattern gehören, eine zielbewufste Aktion zur Bekämpfung derselben vor Augen zu führen, sondern auch mit Bücksicht auf die Aktualität der ganzen Frage. Er

erwähnt hierbei insbesondere den in der jüngsten Zeit gegen die Impfung zu Tage tretenden Vorstofs der Impfgegner in England und Holland und betont die hieraus für die Nachbarländer erwachsende Gefahr.

Es war aber auch in keinem europäischen Lande bisher möglich, innerhalb knapp eines Dezenniums in einem bisher fast völlig von der Impfung freigebliebenem Territorium eine systematische Impfung, als quasi ein Impfexperiment im grofsen, auszuführen.

Dieses Experiment erscheint um so bedeutungsvoller, als Bosnien und die Herzegowina vor der Okkupation durch Österreich-Ungarn in höchstem Grade mit Blattern verseucht waren. Dies beweisen schon die zahlreichen Blatternnarben, Erblindungen, Verstümmelungen u. s. w. infolge der Blattern, welche Folgezustände man bei sehr zahlreichen Individuen der vorgeschrittenen Altersklassen Bosniens findet.

Mit der energischen Inangriffnahme der Impfung verlor sehr bald die Seuche ihren epidemischen Charakter und gerade als die Bevölkerung durchgeimpft war, kamen die Pocken in Bosnien und der Herzegowina zum völligen Erlöschen. In dieser Tatsache liegt der Kernpunkt der ganzen Frage, und wird deren Mitteilung auch von Dr. Kobler seinen Ausführungen vorangestellt, weil sie in schlagendster Weise den Wert des Impfschutzes illustriert. Der Vortragende schildert nun die schrittweisen und vorsichtigen Anfänge der Einführung einer Schutzimpfung, welche bereits in den ersten Jahren nach der Okkupation in Angriff genommen, aber erst seit dem Jahre1882 in ein System gebracht wurde. Infolge einer sorgsamen Registrierung kam man nunmehr erst auf die richtige Anzahl der Blatternfälle und erfuhr so beispielsweise, dafs im Jahre 1889 über 13000 Personen, also ein hundertstel der Bevölkerung des Landes, an Blattern erkrankten und blofs vier Bezirke (von 50) von dieser Seuche frei waren.

Indessen wurden durch die naturgemäfse Entwicklung der Verwaltung viele Schwierigkeiten beseitigt, die Anzahl der Ärzte vermehrt, die Kommunikationen erleichtert, auch die allen Neuerungen feindliche, fatalistische und indolente Bevölkerung fafste unter dem Eindrucke der Impfresultate Vertrauen, wobei die christlichen Einwohner, bei welchen die Vaccination schon seit altersher geübt wurde, vorangingen.

Man gab schliefslich das Impfen mit humanisierter Lymphe von Arm zu Arm auf und führte durchweg animalen Impfstoff ein, und so wurde im Zeitraume von 1883—1898 von Amts wegen die sehr respektable Zahl von ca. 772000 Personen geimpft. Diese Ziffer umfafst demnach wohl beinahe die gesamte jugendliche Generation, während die höheren Altersklassen fast durchwegs die Blattern überstanden hatten.

So wurde nicht nur erreicht, dafs die Pocken 1892 im Lande erloschen, sondern dafs das Jahr 1895 für dieses Land ganz pockenfrei blieb.

Der Vortragende illustriert diese Verhältnisse in schön ausgeführten instruktiven kartographischen Darstellungen, ebenso das spätere Auftreten der Blattern, wobei es bemerkenswert ist, dafs die Blatternherde sich nach dem Jahre 1895 stets in den Grenzbezirken etablierten. Sie konnten daher mit Fug und Recht als Einschleppungen aus den von Blattern ständig heimgesuchten Nachbarländern der okkupierten Provinzen — Türkei, Montenegro — und auch Kroatien, Slavonien betrachtet werden.

Eine weitere Quelle der Pockenimportation stellten in den letzten Jahren die zahlreichen aus Galizien und Russisch-Polen eingewanderten Kolonisten dar, welche sehr häufig eines ausreichenden Impfschutzes entbehrten. Hier konnte aber gerade die Wahrnehmung gemacht werden, dafs die Blatternherde sich ausschliefslich auf die Kolonisten beschränkten, während die ausreichend geimpfte, in der unmittelbaren Nachbarschaft wohnende einheimische Bevölkerung vollkommen verschont blieb. Solche Erfahrungen waren natürlich für die Propagation der

Impfung von gröfstem Werte und förderten den freiwilligen Zufluſs der Impfsuchenden in hohem Grade.

Was sonst an Blattern vorkam, betraf fast ausschliefslich die mahomedanische weibliche Bevölkerung, die der ärztlichen Intervention nur schwer zugänglich ist.

Die bosnische Landesregierung benutzte daher mit gutem Erfolge zur Heranziehung dieser Bevölkerungsklasse die im Lande angestellten weiblichen Amtsärzte.

Als weitere Kräftigung des Impfschutzes wurde auf eine tunlichst umfassende Revaccination der Bevölkerung hingewirkt und schliefslich seit 1903 die Vornahme der alljährlichen Impfungen in sämtlichen Bezirken des Landes angeordnet.

Nachdem so die Impfung im Lande auf eine feste Basis gestellt war, hat die Landesverwaltung nunmehr im Wege einer Verordnung die Blatternprophylaxe in protektionistischer Weise geregelt. Eine allgemeine, zwangsweise durchzuführende Impfung erschien mit Rücksicht auf die komplexen konfessionellen Momente von vornherein inopportun.

Aus den fesselnden und dankenswerten Darstellungen Regierungsrat Dr. Koblers war ein grofser Erfolg eines zielbewufsten, verständnis- und taktvollen Vorgehens auf einem wichtigen Gebiete des Sanitätswesens ersichtlich. Die Landesregierung kann mit Recht darüber mit Stolz erfüllt sein.

Nicht minder interessant waren die Ausführungen des Herrn Primarius Sanitätsrats Dr. Glück, der an zweiter Stelle **über die Bekämpfung der Syphilis in Bosnien und der Herzegowina** sprach.

Von vornherein sei bemerkt, dafs Syphilis im Lande nicht als eine Geschlechtskrankheit, sondern als eine endemische Krankheit auftrete. Wann sie zuerst eingeschleppt wurde, ist nicht sicher zu sagen, wahrscheinlich erst gegen 1780 durch türkische Truppen. Darauf weisen auch einige auf die Krankheit sich beziehende Ausdrücke türkischen Ursprungs, während die slavischen Benennungen „Stranna“ (fremde), „poganna, netschista“ (schlechte, schmutzige) und „bludna Boljest“ (Geschlechtskrankheit) neu gebildete Worte sind. In manchen Bezirken nennt man sie auf türkisch eine „Franzosen-“ oder „Ausländer-“ oder „Räucherungs“krankheit.

Vor der Okkupation bestand nach dieser Richtung überhaupt keine sanitäre Fürsorge im Lande. Erst die planvollen Bestrebungen des Herrn Glück, die sich auf die Vorschläge von Prof. Neumann in Wien stützten, vermochten hier einen Wandel zu schaffen. Die Hauptschwierigkeit bestand in der Überwindung des mafslosen Mifstrauens seitens der Bevölkerung. Die ersten Spitäler im Lande, die unter militärischer Verwaltung standen, waren nur für Syphilitische eingerichtet. Nun war es die nächste Aufgabe, das Ärztepersonal zu vermehren und neue Spitäler zu gründen, die nicht das Odium haben sollten, Spezialanstalten zu sein.

So wurden schon 1891—92 vier neue Lazarette gebaut, und im Jahre 1894 erstand das Sarajevoer Spital mit Unterabteilungen für Augen-, chirurgische, geburtshilfliche und Hautkranke. Aufserdem mufste für die Gründung von Ambulatorien ausgiebig gesorgt werden, wo kein Nachweis der Mittellosigkeit verlangt wurde. Auch in den Bezirksspitälern werden Alle ohne Ausnahme unentgeltlich behandelt. In dem Landesspital in Sarajevo dagegen müssen solche, die persönlich dazu in der Lage sind, zahlen, während für die unbemittelten Venerischen das Landesärar zahlt. Bis jetzt sind 42 Ambulatorien entstanden, wo die Medikamente kostenlos verteilt werden. Sobald ein endemischer Herd entdeckt wird, erfolgt die ärztliche Anzeige und darauf die unentgeltliche ärarische Behandlung aller Kranken. Dies führte die Schaffung von neuen Arztstellen im Lande nach sich (bis 60 neue amtliche Posten). Erforderlich sind neben dem Diplom des Dr. med. ein bis zwei Jahre klinische Praxis

und Kenntnis einer slavischen Sprache. Ebenso wurden zahlreiche Ärztinnen angestellt, speziell für die islamitischen Frauen. Diese wirken mit grofsem Eifer und sind unentbehrlich.

Seitdem 1885 eine grofse Schulepidemie der Syphilis beobachtet wurde, ist die ärztliche Tätigkeit auch auf die Schule ausgedehnt worden. Die beamteten Ärzte müssen jetzt die Schulen revidieren, die syphilitischen Kinder ausschliefsen und in Behandlung nehmen.

Aus allem folgt, dafs, da die Syphilis hier weniger eine Geschlechts-, als eine endemische Krankheit ist, die Prostitution ätiologisch erst an zweiter Stelle steht. In Rücksicht aber auf die zahlreiche Armee ist sie reglementiert und kaserniert.

Das Gesamtergebnis aller dieser Mafsnahmen ist ein befriedigendes. Einige Bezirke sind schon saniert. Der Tertiarismus wird viel seltener. Neue Herde werden aufgedeckt und ausgerottet und die Kurpfuscher vertrieben. Dafs in der letzten Zeit auch ganz rezente Fälle in Behandlung kommen, beweist, dafs die Indolenz der Bevölkerung im Schwinden begriffen ist.

Die Belehrung in den Geschlechtsdingen und über die Gefahren der venerischen Krankheit ist hier auch die Sorge der Regierung selbst. Sie verteilt unentgeltlich belehrende Schriften in allen einheimischen Sprachen. Die Amtsärzte müssen öffentliche Vorträge halten und auch im direkten persönlichen Verkehr Belehrung erteilen.

Die nächste Aufgabe der Regierung ist, die Untersuchungen, die bis jetzt an bestimmten Orten und Tagen von den Bezirksärzten vorgenommen werden, auf die ganze Bevölkerung, inkl. Frauen, der okkupierten Länder auszudehnen. Bei der zerstreuten Lage, dem gemischten Charakter und den konfessionellen Gegensätzen der Bevölkerung, sowie den schweren Verkehrsbedingungen ist dies eine enorme Aufgabe, bei der speziell den Ärztinnen eine wichtige Rolle zufällt. Es soll aber auch eine weitergehende Kontrolle geübt werden, indem auch die geheilten Fälle unter Beobachtung bleiben, d. h. alle drei Jahre wieder untersucht werden sollen.

So wird es vielleicht gelingen, der Syphilis bald ihren Charakter als eine schwere endemische Volkskrankheit zu nehmen.

Nach diesen mit grofsem Beifall aufgenommenen Ausführungen Glücks sprach Prof. Pick in epigrammatischer Kürze über: **Moderne Ziele und Erfolge der Therapie auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Seine Worte klangen in eine Huldigung für die Bestrebungen Prof. Neissers aus, gegen den in der letzten Zeit unberechtigte Vorwürfe und Verdächtigungen in der Presse vielfach erhoben worden waren. Dieser Huldigung schlofs sich die Versammlung freudig an.

Sitzung am 22. September 1903.

Dr. Glück spricht über die **endemische Syphilis in Bosnien.** Die syphilitische Sklerose kommt beinahe gar nicht zur Beobachtung, da die Fälle erst im vorgerückten Stadium zur Behandlung kommen. So wurde in einem Bezirk bei 3887 Syphilisfällen innerhalb fünf Jahren keine einzige Sklerose gesehen. So kann man auch bei der vorwiegend extragenitalen Übertragung auf den vorausgegangenen Primäraffekt erst aus der Drüsenschwellung, die sich zum gröfsten Teil am Hals und nicht in den Leisten vorfindet, schliefsen. Die meisten Infektionen müssen demnach vom Munde ausgehen. Bei Kindern fand man allerdings bei 169 rezenten Fällen 38 Sklerosenreste, darunter 22 an den Lippen. — Zur Behandlung kommen meist vorgeschrittenere Fälle mit schweren Hautausschlägen, während frühe makulo-papulöse Formen relativ selten sind. Lichenoide und orbikuläre sowohl wie tertiäre schwere Hautsyphilide bilden das Hauptkontingent. Der Tertiarismus bildet überhaupt einen hohen Prozentsatz (bis 67% aller Fälle). Meist werden die Haut, der Rachen, die Nase und

das Knochensystem befallen, die inneren Organe dagegen und insbesondere das Nervensystem nur höchst selten. Die tertiären Formen der Unbehandelten reduzieren sich aber auf nur 2% bei frisch Behandelten, was ein schlagender Beweis für die Wirksamkeit der spezifischen Behandlung ist. Die eigentliche Syphilis hereditaria bezw. congenitalis gehört zu den Seltenheiten, dagegen sieht man recht häufig die acquirierte Kindersyphilis, die Glück als Spätrezidiv der im zartesten Kindesalter überstandenen rezenten Syphilis auffafst. Die Seltenheit der kongenitalen Syphilis und der Aborte führt er darauf zurück, dafs zur Zeit der Zeugung die Eltern ihre Syphilis schon längst überstanden hatten. Eine grofse Reihe von klinischen Demonstrationen illustriert die Ausführungen des Vortragenden.

Die Diskussion (Neisser, v. Marschalko, Arning, Harttung, Petersen, Winternitz, Ehrmann, Mraček, Kreibich, Löwenbach, Weidenfeld) bewegt sich um die Frage, inwiefern die lichenoiden Formen der Hautsyphilis auf die Mischinfektion mit der in Bosnien stark verbreiteten Tuberkulose (also Lichen scrophulosorum) zurückzuführen sind.

Primarius Dr. Hödlmoser-Sarajevo: **Über Tabes und Syphilis.** Wie bekannt, findet man bei unzivilisierten Völkern nur selten, bei wilden gar keine Tabes. Obwohl der Tertiarismus in Bosnien ungeheuer stark verbreitet ist, finden sich auch hier innere Erkrankungen, speziell des zentralen und peripheren Nervensystems, recht selten. So fanden sich im Laufe von vier Jahren bei 7211 intern Kranken nur neun Tabesfälle, darunter nur zwei mit luetischer Anamnese. Eine speziell gemachte Enquete bei den bosnischen Ärzten ergab für das ganze Land im ganzen nur 26 bekannte Tabesfälle mit teilweise luetischer Anamnese. In einem Falle entwickelten sich die luetischen Symptome erst nach der Tabes. Bedenkt man, dafs Guttmann 35%, Thorbecke 30%, Erb 90% und Möbius beinahe 100% Syphilis bei der Tabes findet, so mufs man sich fragen, wie ist das Material in Bosnien in dem einen oder dem anderen Sinne (Leyden-Charcot) zu verwerten. Vortragender schreibt der Lues entschieden die Bedeutung des prädisponierenden Momentes zu. Die Hauptsache bleibt aber die geistige Anstrengung, die viel mehr als psychische Traumen die Tabes auszulösen vermag. Diese fehlt aber bei den primitiven Verhältnissen im Lande. Ebenfalls fehlen hier auch sexuelle und alkoholische Excesse, die bei der Ätiologie der Tabes als schädliche und toxische Momente mitwirken. Dagegen scheint dem Kaffee und Tabak, die doch hier enorm konsumiert werden, demnach eine nur untergeordnete ätiologische Rolle (auch in Bezug auf Gefäfswandveränderungen) zuzukommen. Die Antimerkurialisten, die in der Tabes die toxische Wirkung des Hg sehen wollen, könnten wohl aus dem Fehlen der Tabes in Bosnien für ihre Argumente eine Stütze gewinnen, wenn nicht demgegenüber die andere Tatsache stände, dafs die Prostituierten, die bekanntlich stark merkurialisiert werden, nur recht selten Tabes bekommen.

Primarius Dr. Kötschet-Sarajevo über: **Progressive Paralyse und Syphilis.** Vortragender bestätigt im grofsen und ganzen die Ausführungen des Vorredners. Auch die Paralyse ist hier enorm selten. Auf 816 Geisteskranke (darunter 614 Einheimische) wurde sie in nur vier Fällen konstatiert (darunter zwei mit luetischer Anamnese). Die besagte Enquete ergab das Vorhandensein von nur sieben Fällen im Lande. Bei dem häufigen Vorkommen von Psychosen daselbst (über 1000 Fälle allein im letzten Jahre) spricht dieser Umstand nach der Ansicht des Vortragenden direkt gegen die syphilitische Lokalisationstheorie.

Spitalsprosektor Dr. Wodinsky-Sarajevo über: **Das Vorkommen von visceraler Syphilis im Lande mit Demonstration pathologisch-anatomischer Präparate.** Diese Befunde wurden hier selten. Im ganzen sind nur bei 34 Sektionen syphilitische

Organveränderungen (Kehlkopf, Pharynx, Leber, Knochen, Lunge) gesehen. Glatte Zungenatrophie ist nie gesehen worden. In der Diskussion hebt Heller hervor, daſs auch Virchow bei 12000 Sektionen nur in 2½% ausgesprochene syphilitische Organveränderungen gesehen hat.

Prof. v. Marschalko-Klausenburg stellt drei Fälle von in Ungarn endemischem **Rhinosklerom**, zum Teil auch des Kehlkopfes, vor, dann einen Fall von multiplen schmerzhaften **Dermatomyomen** und demonstriert die dazu gehörenden mikroskopischen Präparate. In einem Falle von Rhinosklerom, der schon vor 18 Jahren begonnen hat, excidierte v. M. die Geschwulst mit gutem Erfolge. Beim Rhinosklerom des Kehlkopfes muſste tracheotomiert werden.

In der Diskussion bemerkt Glück, daſs man in Bosnien die Krankheit nicht kennt. Es entspinnt sich eine lebhafte Debatte zwischen Pick, Petersen, Hödlmoser, Mračeк, Löwenbach, Löwenheim, Neisser und Ehrmann, ob das Rhinosklerom vorwiegend bei Slaven anzutreffen ist. Das Ergebnis ist, daſs diese endemische Infektionskrankheit, die an einzelnen Orten im Wachsen begriffen ist, ubiquitär und auf gleiche Existenzbedingungen zurückzuführen sei.

Dr. Glück demonstriert einen Fall zur Diagnose (**Sarcoma?**) mit Leukocytenbefund 1:180. Diskussion: Spiegler, Kreibich, Sedlmeyer, Weidenfeld, Neuberger, Mračeк. Der Fall wird als Leukämie angesehen.

Derselbe demonstriert **fünf Favusfälle**, darunter einen universellen, und rühmt die Methode von Petersen (Jodtinktur), die er mit 1%igen Sublimatumschlägen unterstützt. Diskussion: (Veiel, Spiegler, Saalfeld, Neisser, Nobl, Holzknecht, Petersen) bewegt sich um die Röntgentherapie und Kataphorese mit Sublimat (Saalfeld) bei Favus.

Dr. Mašek demonstriert **Sarcoma idiopath. pigmentos. Kaposi** mit benignem Verlauf (drei Jahre in Behandlung). Diskussion: Spiegler.

Dr. Wälsch-Prag spricht über **Bacillenbefunde bei Syphilis** im Anschluſs an die letztjährige Karlsbader Mitteilung. Das Blut von Syphilitischen ist 77 mal, auſserdem aber auch Sklerosen, syphilitische Drüsen, Sekrete, Liq. cerebro-spin., Smegma etc., untersucht worden. In den meisten Fällen fanden sich im Blut die schwachwüchsigen, pseudodiphtheritischen und v. Niessens polymorphe Bacillen, während von 27 Gesunden kein einziger den v. Niessenschen Bacillus lieferte. Ihr Wachstum ist langsam, sie sind Grambeständig und polymorph. Die Impfungen verliefen bei Kaninchen und Meerschweinchen negativ, gingen aber bei Schweinen und Affen an. Bei Schweinen erschienen nach sechs bis acht Wochen Exantheme, die nach zwei Wochen wieder verschwanden, um nach acht Wochen wieder Rezidive zu geben. Im Schweinsblut fanden sich dagegen keine Bacillen. Die Nachkommenschaft der Schweine erwies sich als zum Teil todgeboren, zum Teil kurzlebig. Sektionsergebnisse negativ. Das Sektionsergebnis beim Affen war: Tuberkulose, von Syphilis dagegen keine Spuren. Auch die syphilitischen Geschwüre ergaben bei Abimpfung v. Niessensche Bacillen. Wälsch faſst das Ergebnis seiner Versuche dahin, daſs, da die Haut schwer sterilisierbar sei, da die Pseudodiphtheriebacillen ubiquitär seien, da der Josephsche Bacillus auch bei Gesunden von Pfeiffer gefunden worden sei und der v. Niessensche und der Josephsche Bacillus identisch seien, — da ferner nicht alle seine Impfungen positiv waren und bei Schweinen verschiedenartige toxische Urticaria mit Erythemen häufig vorkommen —, von einem spezifischen Bacillus hier keine Rede sein könne. Dieser Pseudodiphtherie- bezw. v. Niessensche Bacillus müsse doch von der Haut stammen (dann spricht aber sein Vorkommen im Blute nicht für einwandsfreie bakteriologische Technik des Vortragenden! Ref.), wo er als harmloser Parasit besonders auf zerfallenden Geschwüren gern wuchert.

Diskussion: Prof. Mračeк bestätigt diese Befunde auf Grund der Untersuchungen Dr. v. Buchtas unter seiner Leitung. Auch dort fanden sich Pseudodiphtheriebacillen. Winternitz-Prag hatte noch weniger konstante Resultate, am häufigsten bei Sklerosen und Kondylomen, aber auch aus dem Smegma und der Absonderung der Fußzehen. Impfversuche waren schwankend und ergaben furunkulöse Erytheme.

Dr. Kraus-Prag: **Über Empyroform.** Nach den Erfahrungen der Prager Klinik hat sich dieses geruchlose, aus Teer und Formalin hergestellte, graubraune Teerpräparat als ein reizloses Mittel, speziell bei Ekzemen und pruriginösen Affektionen erwiesen, so daſs es nach Ansicht der Vortragenden sehr warm empfohlen werden kann.

Dr. Sack-Heidelberg berichtet **über die weiteren Erfahrungen mit dem farblosen Teerpräparat „Anthrasol"**, das er gemeinschaftlichmit Herrn Dr. Vieth hergestellt hat. Nach Abdestillation des Peches und Extraktion der schädlichen Pyridin- und Chinolinbasen durch Säuren, bleibt ein nur aus Phenolen und höheren Kohlenwasserstoffen bestehender Teer zurück, der alle wirksamen juckstillenden und reduzierend-keratoplastischen Bestandteile des Teers enthält. Setzt man ihm noch Wacholderteer zu, so behält er seine farblose und dünnflüssige Konsistenz für immer und ergibt einen olivenölartigen, in beliebigem Verhältnisse mit absol. Alkohol, Äther, Aceton, Ölen, Fetten, Glycerin etc. mischbaren Teer, der schon wegen seiner Farblosigkeit (blendendweiſse Teer-Zinkpasten), Reizlosigkeit, Penetrationskraft und therapeutischen Wirksamkeit den Vorzug vor allen bis jetzt bekannten Teerarten in der Dermatologie verdient und einen gewaltigen Fortschritt in der ganzen Teertechnik bedeutet. Vortragender geht kurz auf die Indikationen dieses Teers bei verschiedenen Dermatosen (chronische, subchronische und akute, juckende und parasitäre etc.) ein, warnt aber vor zu starken Konzentrationen bei akuten, stark zum Nässen neigenden Ekzemen, wo zuerst die Schwelle der Widerstandskraft gegen den Teer gefunden werden soll, gibt einige Formeln an und reicht einige Proben von schön weiſsen, hochprozentuierten Anthrasolsalben und -pasten herum. Von kompetenter Seite (v. Marschalko, Löwenbach u. a.) habe er schon erfahren, daſs das Anthrasol mit bestem Erfolge gebraucht werde.

Diskussion: Prof. Neisser-Breslau spricht sich anerkennend über das Empyroform aus, betont aber speziell die Vorzüge des Anthrasols, das er in der letzten Zeit auch in der Damenpraxis, speziell bei Seborrhoe des Kopfes, zu seiner vollen Zufriedenheit gebrauche. Er bezeichnet das Anthrasol als ein ausgezeichnetes, den ersten wirklichen Fortschritt bedeutendes Teerpräparat, das wegen seiner Farblosigkeit besonders bei der Seborrhoe des Kopfes in der besseren Praxis unersetzlich ist. Dr. Nobl-Wien, der schon länger mit Anthrasol arbeitet, findet das Präparat vorzüglich und bestätigt in allem die Mitteilungen des Vortragenden, bedauert aber den Teergeruch des Präparates. Prof. Mračeк-Wien hat auf seiner Abteilung gleichfalls das Anthrasol versucht und ist mit dem Erfolg sehr zufrieden. In sieben Fällen von chronischem Ekzem lieſs sich reines Anthrasol einpinseln; es wirkte vollkommen reizlos und brachte die infiltrierten Hautpartien rasch zum Schwinden. Bei pruriginösem Ekzem mit starkem Juckreiz verordnete er 20%ige Anthrasolzinkpaste, ebenso bei vesikulösem, leicht nässendem Ekzem. Es wirkte sehr rasch juckstillend, und trat nach kurzer Zeit Heilung ein. Bei einem Ekzema trichophyticum, wo Teer nicht vertragen wurde, blieb es ohne Reizwirkung, doch konnte die Trichophytie erst mit Ung. Wilkinson zur Abheilung gebracht werden. Veiel-Cannstatt bezeichnet die Einführung des Anthrasol in die Dermatotherapie als einen groſsen Fortschritt. Er verwende es besonders gern bei weiſshaarigen Patienten, wo es geradezu unersetzlich ist. Dagegen sah er auch gelegentlich Reizwirkungen.

Dr. Bärmann-Breslau spricht über **die Verwertung der Kulturmethode zur Diagnose der Gonokokken und über die bakteriologischen Untersuchungen bei der blennorrhoischen Epididymitis.** Während die Hälfte der untersuchten Fälle die Gonokokken im Mikroskop vermissen liefs, wurden sie in allen Fällen durch das Kulturverfahren aufgedeckt. Bei der zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken vorgenommenen Punktion bei Epididymitis fand sich Abscefseiter in den Knoten mit Gonokokkenbefund in manchen Fällen. Es schliefst sich eine lebhafte Diskussion an den Vortrag (Nobl, Funke, Löwenheim, Grosz, Mračeк, Ehrmann, Neisser), aus der es hervorgeht, dafs die Punktion der akuten Epididymitis eine wesentliche Besserung herbeizuführen vermag, und dafs die Eröffnung der so häufigen, früher oft übersehenen Abscesse des Nebenhodens und des Vas deferens, auch wenn solche nur miliar sind, häufig die beste Methode ist. Neisser bezeichnet die überstandene Deferentitis als eine häufige Ursache der Sterilität der Männer. Mračeк berichtet über die Ergebnisse der Untersuchung seines Schülers Pfeiffer über die Bakterienflora der gesunden Harnröhre.

Dr. Arning-Hamburg berichtet **über eine verblüffend einfache Methode der Lupus- und Carcinombehandlung mit hohen Kältegraden,** die sich mit der Röntgenbehandlung, was die Bequemlichkeit und Schmerzlosigkeit anbelangt, wohl messen darf. Die Anregung dazu verdankt er dem Dänen Detlefsen. Die Vereisung erfolgt durch Äthylmethylchloridmischung, aber auch durch flüssige Gase (CO_2 oder gar Luft). Jeden dritten, vierten Tag wird eine 1 Minute lange Applikation gemacht, wobei der Strahl möglichst dünn sein mufs (Metalltuben). Die gesunde Umgebung wird durch Auflegen von Platten geschützt. Die Erfolge sind verblüffend. Schon nach der ersten Applikation reinigen sich die Geschwüre (auch des Primäraffektes). Das Epithel schiebt sich schnell vor und erfriert nicht mit. Die Hauptsache ist dabei die reaktive Entzündung. Besonders gut eignen sich dafür die nicht sehr akuten Formen des Lupus erythematodes, aber auch Ulcera rodentia, trichophytische Affektionen (wie Saalfeld 1900 durch Eisblasenauflegen schon gezeigt hatte) und sogar Röntgenulcerationen, die sich auffallend rasch überhäuten. Beim Lupus tuberculosus dagegen scheint die Wirkung nicht tief genug zu sein, weswegen Rezidive nicht ausbleiben. Diskussion. Wolff-Strafsburg hat das Verfahren ohne Erfolg gebraucht, vielleicht weil er zu oft und zu stark vereist hat. Kreibich bestätigt Arnings Ausführungen. Saalfeld erwähnt, dafs Gerhard zuerst Eisblasenbehandlung gebraucht habe bei Leukoplakie. Mračeк empfiehlt auch das Verfahren der hohen Kältegrade. Justus-Budapest sah beim Lupus tuberculosus von dem Verfahren nur mäfsige Erfolge. Der einzige Vorteil liege in der Bildung einer weichen Narbe; da aber die Wirkung nicht tief sei, sind Rezidive immer zu erwarten. Ehrmann-Wien gebraucht das Verfahren gern bei Lupus erythematodes, mit Ausnahme der ödematösen, tief infiltrierten Formen. Weidenfeld-Wien führt die Wirkung auf die reaktive Entzündung zurück, während Neisser die spezifische Zellenschädigung im kranken Gewebe für die Hauptsache hält und auch flüssige Kohlensäure gebraucht. Saalfeld-Berlin gebraucht auch flüssige Luft, die billig ist und sich mittels Stäbchen auftragen läfst. Jedenfalls ist die Anregung des gesunden Gewebes dabei gröfser als die Schädigung der kranken Gewebspartien.

Primarius Preindlsberger bespricht die Indikationen und die Technik der **Urethrotomia interna.** Diskussion: Stein-Görlitz hebt die Vorzüge der Bougie à demeure hervor, während Mankiewicz-Berlin nur die Urethrotomie für eine wirksame Methode hält. — (Preindlsberger demonstriert auf seiner Abteilung die Technik und die analgetische Wirkung der Cathelinschen epi- und endoduralen Kochsalz- und Kokaininjektionen bei Operationen und Schmerzen im Bereiche des Beckens.)

Justus-Budapest berichtet über seine weiteren Untersuchungen **über den Jodgehalt der Gewebszellen.** In allen Geweben habe er Jod in verschiedenen minimalen Mengen gefunden, es histochemisch-tinktoriell nachgewiesen und das Verhältnis seiner Menge zum Kilo des Körpergewichtes festgestellt. Auch in der Haut, speziell aber in der Hornsubstanz, fanden sich relativ hohe Mengen.

Galewsky-Dresden zeigt ein **neues lösliches Kalomel,** ein Kolloidalgemisch 1:50), das für Einspritzungen sich als reizlos und neutral erwiesen habe. Auch Schmierkuren lassen sich damit ausführen.

Saalfeld berichtet über die günstige Wirkung von Gonosan (Ol. Santali mit Kawa-kawa) bei Blennorrhoe.

Sitzung vom 23. September.

Dr. Glück-Sarajevo referiert über das **Vorkommen von Lepra in Bosnien und der Herzegowina.** Schon in den achtziger Jahren haben die Ärzte sie sporadisch dort beobachtet. Nachher wurden 290 Fälle im ganzen registriert, von denen jetzt noch 200 am Leben sind. Die meisten Herde befinden sich in den Grenzbezirken und nur vereinzelte im Zentrum des Landes. Die Behauptung, die Lepra müsse hier noch auf römische Zeiten zurückgeführt werden, ist nicht zu beweisen. — Zur Beobachtung kommen nur vorgeschrittene Fälle, während die Initialaffekte nur selten auffindbar sind; jedenfalls auch nicht in der Nase, wie Sticker behauptet, sondern vielmehr auf der Haut. Glück schlägt vor, bei der Einteilung der klinischen Formen nicht nach dem alten Schema (tuberöse und anästhetische), das schwer abzugrenzen ist, sondern nach dem Charakter der Eruptionen zu verfahren, wie bei der Syphilis etwa, so daſs man eine makulöse, papulöse, tuberöse und Nervenform zu unterscheiden hätte. Er zeigt 20 Fälle, aus denen zu lernen ist, daſs die Knoten an den Genitalien, Knoten im Kehlkopf, Hypoplasie der Hoden und der übrigen Organe, Nervenverdickungen nicht nur am Arm, sondern auch der Nervi auriculares majores, Morphäenflecke und fibrilläre Muskelzuckungen hierzulande zur Norm gehören. Glück ist überzeugter Kontagionist und führt Fälle von Ansteckung innerhalb der Familien an. Therapeutisch kann er mitteilen, daſs Arsen die Weiterentwicklung der Knoten aufhalte, daſs Ol. Chaulmoograe und Hg dagegen entschieden ungünstig auf den Verlauf einwirken.

Im Anschluſs daran zeigt Mašek einen Fall von Syringomyelie mit Modulationen.

Dr. Wodinsky-Sarajevo berichtet über **24 Sektionsbefunde von Leprösen,** die, abgesehen von einigen Erstickungsfällen infolge der Kehlkopflepra, zumeist an interkurrenten Krankheiten (sechsmal Lungentuberkulose) zu Grunde gegangen sind. In einigen Fällen fanden sich **chronisch-ulcerative Enteritis,** vielfach Leprome der Zunge, des Rachens, des Kehlkopfes, auch Drüsenveränderungen u. s. w.

Dr. Karlinsky zeigt Präparate und **Kulturen eines säurefesten Bacillus,** die er aus den Lepraknoten gezüchtet hat. Die Tierversuche blieben negativ. Die Frage, ob diese Reinkulturen identisch mit dem Lepraerreger seien, läſst Vortragender offen, da säurefeste Bacillen von demselben Habitus auch sonstwo vorkommen, so z. B. im Nasenschleim gesunder Individuen, wodurch die Stickersche Lehre vom Primäraffekt der Lepra in der Nase einen Stoſs erhalte.

Prof. Havas-Budapest berichtet über drei Fälle von **Syphilis des Darmes** (mit mikroskop. Demonstrationen), die bis jetzt wenig Beachtung gefunden hat, und geht auf die Klinik und pathologische Anatomie dieser Erkrankungen ausführlich ein. Die Anfangsstadien bestehen in oberflächlichen katarrhalischen Erscheinungen der Mucosa, um die Follikel herum, denen später schichtenweiser Zerfall derselben folgt. Die schwerste Form ist die mit Gummiknoten und Ulcerationen einhergehende. Diskussion: Mračnek, der selbst darüber gearbeitet hatte, bestätigt, daſs der Prozeſs von den Follikeln und den Payerschen Plaques ausgeht, wie beim Typhus. Mitunter

verdicke sich, wie auch Havas bemerkte, die Muscularis und Serosa unter den Ulcerationen. Mračeк sah aber auch einen Fall von Perforation.

Dr. Jordan-Moskau erörtert an der Hand einer Moulage einen von ihm beobachteten Fall von **Tuberkulid der Planta pedis mit Knötchengruppen.**

Dr. Sattler-Sarajevo spricht über die Behandlung von **schweren Verbrennungen** mit Trockenverbänden und hebt die auffallend guten Erfolge bei Xeroformanwendung hervor. Es handelt sich um ausgedehnte Verbrennungen, bei denen früher Wasserbett indiziert war. Während dieses im Sarajevoer Spital schlechte Ziffern ergeben hat, war die Trockenbehandlung mit chirurgischer Vorbereitung (Abtragung der Schorfe, Antiseptik) von verschwindend geringer Mortalität begleitet. Diskussion: Weidenfeld-Wien bestätigt nur zum Teil die Vorzüge der Trockenverbände, warnt aber, sie länger als zwölf Tage anzuwenden, da sich Eiterretention darunter bildet, die toxisch wirkt und mit Sepsis endet. Spiegler-Wien tritt für die alte Behandlung im Wasserbett ein, das am letalen Ausgang nicht schuld sei. Er warnt vor der Entfernung der Brandschorfe, die einen Schutzwall bilden gegen die Infektion der Wundgranulationen von aufsen her. Kreibich-Graz nimmt einen vermittelnden Standpunkt ein. Da die Schorfe unmöglich gut desinfiziert werden können, wäre das richtigste, sie zu entfernen und den Patienten dann ins Wasserbad zu legen. Die Dauerbäder schwächen aber das Herz ganz enorm. Durch Umschläge mit Burowscher Lösung könne man auch vieles erreichen, denn die Kompressen saugen den Eiter auf und verhindern seine Resorption. Ähnlich erkläre er sich die Wirkung der trockenen Schorfverbände, welche wahrscheinlich den Eiter aufsaugen.

Dr. Holzknecht-Wien spricht über die **Radiumbehandlung** im Wiener Röntgen-Institut und zeigt die entsprechenden einfachen Vorrichtungen dazu. Es genügt die allerdünnste Schicht der radioaktiven Substanz auf die Haut zu legen, da jede zu unterst liegende Schicht die Strahlen der darüber liegenden auffängt. Besonders gut eignen sich die Schleimhauthöhlen (Mund, Nase) für die Behandlung, wo Röntgen und Finsen schwer anzuwenden sind. Die Tiefenwirkung sei immerhin nicht allzu grofs, da trotz der Durchleuchtung 99% der Energie verloren gehen. Zur Erzeugung einer Hautreaktion genügt ein Auflegen von zehn Minuten Dauer. Für Epitheliome sei das Verfahren weniger geeignet, als die Röntgenstrahlen. In der Diskussion (Petersen, Neisser, Pick, Weidenfeld) wird auf das Vorkommen von Ulcerationen nach der Behandlung und auf die spezifische Wirkung der Radiumstrahlen auf die Hautgefäfse besonders hingewiesen.

Dr. Stein-Görlitz teilt einen Fall von **tabischer Osteoarthropathie** der Wirbelsäule mit, die mit Hg-Behandlung gebessert wurde.

Dr. Wurzel spricht ausführlich über die **Haut- und Schleimhautveränderungen bei Pellagra** in den kroatischen Ländern. Er führt sie auf die Toxinwirkungen zurück.

Dr. Harttung-Breslau: **Über Erythème induré Bazin** mit mikroskop. Demonstrationen. Im Anschlufs an seine früheren Mitteilungen berichtet H. kurz über seine sämtlichen Fälle, die alle klinisch tuberkulös waren, und die im histologischen Bilde Veränderungen tuberkulöser Natur neben Schmelzung des Fettgewebes, Gefäfsveränderungen etc. aufwiesen. Für H. könne es keinem Zweifel unterliegen, dafs seine Fälle, die sämtlich typische Bazinsche Erytheme waren, zur Kategorie der Hauttuberkulose gehören.

Diskussion: Kreibish-Graz ergänzt die Mitteilungen Harttungs durch eigene ähnliche Beobachtungen.

Dr. Sack-Heidelberg berichtet über zwei eigene Beobachtungen einer **eigentümlichen Knotenerkrankung der Haut der unteren Extremitäten** (mit Demonstration

mikroskop. Präparate), wo trotz grofser Ähnlichkeit des klinischen Verlaufes und des histologischen Befundes mit dem Erythem Bazins von Tuberkulose weder klinisch, noch histologisch etwas zu finden war. Schwere Arterienwandveränderungen primärer Art, Schmelzungscysten im Fettgewebe, vorgeschrittene Nekrose und versprengte Riesenzellen standen im Vordergrunde des histologischen Bildes.

Prof. Ehrmann-Wien sieht im Erythème induré und ähnlichen Fällen nur einen indirekten Zusammenhang mit der Tuberkulose. Kraus-Prag zeigt eigene Präparate und spricht sich vorsichtig über Habttungs Schlufsfolgerungen aus. Heller-Charlottenburg macht auf das Vorkommen ähnlicher Knoten bei Pferden aufmerksam.

Dr. Heller-Charlottenburg: **Einige Kapitel aus der vergleichenden Pathologie der Haut** (mit Demonstrationen mikroskopischer Präparate). Vortragender weist an der Hand seiner mannigfachen Untersuchungen auf den befruchtenden Einfluss hin, welchen das Studium der vergleichenden Pathologie der Haut verschiedener Tiere auf unsere ganze dermatologische Wissenschaft auszuüben vermag.

---

75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte vom 20. bis 26. September 1903 in Cassel.

Begünstigt von prächtigem Wetter nahm dieselbe, dank den trefflichen Vorbereitungen, einen schönen Verlauf, und die Beteiligung war eine sehr rege. Diese rege Beteiligung kam allerdings unserer dermatologischen Sektion nicht zu statten, denn die gleichzeitige Abhaltung des Dermatologenkongresses in Sarajewo hatte doch eine grofse Menge von Fachgenossen dorthin entführt. Trotzdem kam eine ganze Reihe von wissenschiftlichen Vorträgen und Demonstrationen zur Verhandlung, die alle Teilnehmenden vollauf befriedigten.

Aus der Reihe der Vorträge erwähnen wir:

Über das Collessche und Profetasche Gesetz, von v. Düring. Beide sind angezweifelt worden. Ausnahmen vom Profetaschen Gesetz finden sich; in Kleinasien fand Verfasser die Kinder nicht immun; dafs Matzenauer das Collessche Gesetz umstöfst und alle Mütter für latent syphilitisch erklärt, findet Vortragender kühn, da die Frage nur durch Beobachtung von Generationen entschieden werden kann. — In der Diskussion erklärt sich Scholtz für das Profetasche Gesetz; ihm ist interessant, dafs es keine Abschwächung der Syphilis durch Generationen gibt; einwandsfreie Fälle vom Collesschen Gesetz sollten publiziert werden. Auf Josephs Frage erklärt v. Düring, dafs die Syphilis auch bei extragenitaler Infektion nicht anders verlaufe als sonst.

Pinkus spricht **über dem menschlichen Haar benachbarte Sinnesorgane.**

Sacks Vortrag über **Anthrasol** wird von Vieth verlesen: Das Anthrasol ist ein farbloser Teer, dem die Basen und das Pech entzogen sind; dadurch ist er wenig giftig, fleckt nicht und wirkt ausgezeichnet, z. B. in 10%iger Salbe mit Unguentum glycerini, dem 10% Lanolin zugesetzt sind (s. pag. 390).

Über epidurale Injektionen nach Cathelin und ihre Anwendung bei funktionellen Störungen der Harn- und Geschlechtsorgane, von Strauss. Vortragender gibt eine Beschreibung der Ausführung der Injektionen, die leicht und bequem zu machen sind und ihm nie Störungen oder Infektion verursachten, obwohl er sie oft ausgeführt hat. Er nahm anfangs 0,2%ige Chlornatriumlösung, später Schleich II ohne Morphium. Zur Behandlung kamen zahlreiche Fälle von Enuresis, Pollutiones nimiae, Spermatorrhoe, Polyuria neuropathica, Impotenz; auch ein Fall von Pruritus pudendarum, der im Wochenbett entstanden war, wurde mit vorüber-

gehendem Erfolg behandelt. Im übrigen sind die Erfolge nicht gerade viel versprechend, was auch in der Diskussion gebührend betont wurde.

Richter sprach **über Verwendung von chemisch reinem Wasserstoffsuperoxyd, besonders bei Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Aufser sonstigen zahlreichen Verwendungen leistet es vor allem gute Dienste bei der Behandlung der Endourethritis blennorrhoica, indem man im Röhrenspekulum alle fünf Tage mit einer 15%igen, frisch bereiteten Lösung Erosion und Cervix ätzt.

Joseph und Piorkowski geben **weitere Beiträge zur Lehre von den Syphilisbacillen, mit Demonstrationen.** Verfasser berichteten über ihre Untersuchungen, besonders über die Züchtung und Darstellung der Bacillen aus frisch ejakuliertem Sperma und über Bacillenbefund in einer Drüse.

Pfeiffer hielt dagegen den angekündigten Vortrag **über Bakterienbefunde in der normalen männlichen Harnröhre und über den Joseph-Piorkowskischen Bacillus.** Die ihm von Joseph überlassene Kultur wurde in Wien als Pseudodiphtheriebacillus erkannt; er sowohl wie Starenberg-Wien sprechen dem Josephschen Bacillus jegliche Pathogenität ab: fünf Ärzte in Wien impften sich ohne Resultat damit. Nach sehr lebhafter Diskussion einigte man sich, den Bacillus in einem unparteiischen bakteriologischen Institut nachprüfen zu lassen.

Lewin über **Blennorrhoe und Samenblasen, mit Demonstration von Präparaten.**

Fischer-Bonn hielt einen sehr interessierenden Vortrag **über Neubildung von Elastin in Geschwülsten** unter Vorlegung einer sehr grofsen Zahl von photographischen und gezeichneten Abbildungen.

Strebel sprach über **Fortschritte in der Lichttherapie,** besonders über photochemische Brandtechnik.

Scholtz über **Wirkung des Radiums auf die Haut,** die ihm aussichtsvoll zu sein scheint. An der Diskussion beteiligt sich Aschkinas, der auch Versuche mit Radium angestellt hat.

Baum über **die Wirkung und Verwendung der Nebennierenpräparate, insbesondere in der Dermatologie (Adrenalin).**

Über die Formen und Grenzgebiete der chronischen Urticaria.

Mense demonstrierte verschiedene Patienten.

Kaufmann referierte über **toxische Wirkung der Borsäure bei äufserer Anwendung.** Nach Applikation einer einfachen Borsalbe entstand eine heftige Entzündung der Glans penis. Durch das Experiment wurde die toxische Wirkung der Borsäure in diesem Falle bestätigt.

Friedenthal demonstrierte Bilder der **Palma zweier menschenähnlicher Affen,** bei denen er eine syphilisähnliche Erkrankung nach Impfung mit dem Saft eines Ulcus durum im Ohr erzielt hatte; es war ein Blasenausschlag; auch hatten die Affen multiple Drüsenschwellungen. Leider starben beide allzuschnell, doch will Vortragender die Versuche fortsetzen.

Goldberg demonstrierte **Glasröhren zur sterilen Aufbewahrung steriler Katheter** und sprach über **sterile Kathetereinfettungsmittel;** ihm erscheint Ol. oliv. am besten, besser als das viel gerühmte Paraffin. liquid. und die Guyonsche Schmiere.

F. Hahn-Bremen.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XIV, Heft 4—8.

Über das Schicksal der in die Nierenarterien eingebrachten Tuberkelbacillen, von P. Asch.

Das retrograde Cystoskop, von F. Schlaginweit. Verfasser hat am Cystoskop eine Änderung anbringen lassen, die es ermöglicht, retrograd nach der Harnröhrenmündung zu zu sehen. Durch eine leichte Verschiebung des optischen Rohres klappt ein an dessen Spitze angelenkter Prismenspiegel nach vorn und bricht den Strahlengang nochmals rechtwinklig. Zieht man das Rohr wieder 5 mm zurück, so fällt der Klappspiegel wieder zurück und man sieht wie mit einem gewöhnlichen Cystoskop.

Beiträge zur mechanischen Behandlung der Harnröhrenerkrankungen, von Remete. Verfasser hat zwei neue Instrumente konstruiert: ein Dilatatorium der Harnröhre, das aus zwei symmetrischen Halbsonden besteht, die an ihren flachen einander zugekehrten Seiten je eine Mulde führen, die zur Aufnahme eines Konus bestimmt ist, der die beiden Branchen des Dilatators auseinander drängt. Das Instrument soll mancherlei Vorzüge haben: es ist nach dem Sondenprinzip gearbeitet, läfst sich ohne Gummiüberzug einführen. Verletzungen sind ausgeschlossen, es läfst sich leicht durch Kochen sterilisieren und ist billig. Das zweite Instrument ist eine Gleitsonde für die schwer durchgängigen Strikturen der Harnröhre. Das Prinzip ist das, dafs über eine filiforme Leitbougie von 65 cm Länge eine vorn sehr konische Sonde, die eine knappe, jedoch für die Filiform leicht passierbare Bohrung besitzt, geschoben wird und liegen bleiben kann, nachdem man die Filiform durch die Sonde hindurch herausgeführt hat.

Indikationen für die Massage der Prostata, von Guépin. Die Massage der Prostata ist ein immerhin nicht unbedenklicher Eingriff, dessen Indikationen vorher genau gestellt werden müssen. Bei Hypersekretion mit Stagnation, ohne manifeste Infektion, müssen die Drüsen entleert werden; Massage ist indiziert, wenn der tastende Finger das Vorhandensein von dilatierten Drüsen konstatieren kann.

Über Hypoplasie der Prostata, von Fritz Rörig. Unter 300 Patienten mit Erkrankungen der Harnorgane fand Verfasser achtmal eine Hypoplasie der Prostata, die meist als entzündliche oder senile Atrophie anzusehen sind; auch beobachtete er einen Fall von angeborener Hypoplasie der Prostata. Die Beschwerden des Patienten bestanden in Schmerzen und Harnverhaltung, die Katheterapplikation erforderte. Die Retention wurde durch eine Faltenbildung hervorgerufen; die Therapie bezweckte die Beseitigung dieses Hindernisses.

Beitrag zur Leukoplakie der Blase, von Ravasini. Die cystoskopische Untersuchung des an starken Blasenbeschwerden leidenden Patienten ergab an der hinteren Blasenwand eine weifsliche Vorwölbung mit Unebenheiten. Es wurde eine Sectio alta gemacht; man fand einen zehnpfenniggrofsen leukoplakischen Fleck mit anhängenden Phosphatkonkrementen, der ausgekratzt wurde. Die Ursache der Leukoplakie sieht Verfasser in der gleichzeitig bestehenden Prostatahypertrophie.

Zur Entstehung der Trippermetastasen, von O. Hoffmann. Eine Möglichkeit, durch welche die Gonokokken in die Blutbahnen verschwemmt werden, sieht Verfasser in der Erektion, die bei entzündeter Harnröhre leicht kleine Einrisse verursacht.

Zur Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit besonderer Berücksichtigung des Tuberkulocidins und Selenins Klebs, von C. Krüger. Verfasser hat drei Fälle von Urogenitaltuberkulose mit den Klebsschen Heilmitteln behandelt, die ihn zu weiterer Nachprüfung sehr ermutigen. Nebenbei wurde örtlich Sublimat in die Blase gespritzt und eine milde Wildunger Wasserkur angewendet.

Ein Fall von prämortaler Steigerung der Kreatininausscheidung, von Malfatti.

Vierteilige Dilatatoren verbesserter Konstruktion, von Kollmann. Um das Auskochen der Dilatatoren zu ermöglichen, änderte Verfasser die Konstruktion des Handgriffs, so dafs die in seinem Innern liegenden Schraubengänge jetzt bequem zugänglich sind. Die Instrumente können ohne Gummiüberzug benutzt werden; sie werden von Heynemann in Leipzig angefertigt.

Ein Beitrag zur Frage des Antagonismus zwischen Bacterium coli und den Harnstoff zersetzenden Bakterien, von K. Forgart. Verfasser kommt zu dem Ergebnis, dafs ein Antagonismus zwischen Bacterium coli und den Staphylokokken nicht vorhanden ist; wohl aber ist er vorhanden zwischen Bacterium coli und den Streptokokken zu gunsten des ersteren und zwischen Bacterium coli und Proteus vulgaris zu gunsten des letzteren.

Eine neue Methode der Circumcision, von Bransford Lewis. Verfasser hat einige Instrumente erdacht, die die Ausführung der Circumcision leicht gestalten, ohne die Notwendigkeit von Nachoperationen zu verlangen. Die Hauptsache ist eine gefensterte Klemme, durch deren Fenster die Fäden angelegt werden und vor der das abgeklemmte Präputium abgeschnitten wird. Als Verband benutzt Verfasser einen mit Tinctura benzoin. comp. getränkten Gazewattestreifen, welcher erhärtet und eine gute Schutzdecke abgibt. *F. Hahn-Bremen.*

Dermatologische Zeitschrift.

Band X. Heft 4. 1903.

I. **Mitteilungen über die protozoenähnlichen Parasiten bei Syphilis,** von Max Schüller-Berlin. In einer früheren Arbeit hat Verfasser auf Grund seiner Untersuchungen und konstanter Parasitenbefunde in harten Schankern die Vermutung ausgesprochen, dafs die syphilitische Infektion wahrscheinlich in der Weise erfolge, dafs die eigenartigen zu den Protozoen gehörigen Parasiten durch eine kleine Verletzungsstelle der Haut oder Schleimhaut inokuliert würden, nach einer am Ort der Infektion durchgemachten Entwicklungsphase in gangartigen Räumen und Buchten sich anhäuften. Hier käme es zur Bildung der charakteristischen Sporenkapseln, welche für gewöhnlich rundlich, oval oder birnförmig mit doppelt konturierter Wand, mit einem meist wandständigen, rundlichen oder unregelmäfsig geformten Kerngebilde und mit runden, ovalen oder eckig erscheinenden Körnern im Protoplasma dem Beschauer sich darbieten. Von den Gängen aus dringen sie durch Vermittlung der Lymphgefäfse in die benachbarten Drüsen, in das Blut und in die anderen Organe des Körpers.

Nach Anlegung weiterer Kulturen hat Verfasser genauere Aufschlüsse über die Gebilde erhalten. Dieselben treten in der Kultur anfangs als stark pigmentierte, wie mit Borsten besetzte Parasiten auf, an denen deutlich Kontraktions- und Bewegungserscheinungen wahrnehmbar sind. Die Gebilde können sich vergröfsern, dicker und breiter werden. Bei starker Durchleuchtung sieht man, dafs sie im Innern mehr oder weniger zahlreiche, kleinere rundliche Körperchen bergen, welche Verfasser früher als „Körner" (Sporen) oder als sich entwickelnde junge Organismen bezeichnete. Der Borstenbesatz der Parasiten, der nicht etwa als Stachelzelle aufzufassen ist, hängt

vielfach von den Ernährungsverhältnissen ab. Er tritt um so eher auf, je ungünstiger die Ernährungs- resp. Existenzbedingungen sind, und verliert sich in dem Maſse, als diese z. B. durch Zufuhr frischen, sterilen Blutes gebessert werden.

Die Bewegungen der Gebilde in der Kultur sind lebhafte, rasch erfolgende Rotationen, aufserdem auch abwechselnde Zusammenziehungen und Ausdehnungen des körnigen Inhalts, zugleich mit einer sehr ausgiebigen Ortsbewegung. Verfasser hat aus den Sporenkapseln direkt austreten sehen kleine, glänzende, rundliche oder ovale, mit einem flimmernden Randsaum umgebene äufserst lebhaft bewegliche Körperchen, die in manchen Exemplaren mit einigen der von Döhle im Jahre 1892 in Sklerosen beobachteten Körper übereinstimmen und ihnen auch sehr wahrscheinlich identisch sind. Verfasser fand sie sehr zahlreich im Syphilisgewebe verbreitet und hat sie als Sporen und junge Organismen beschrieben. Er zweifelt nicht, dafs die Sporenkapseln und die anderen in den Kulturen und Geweben gefundenen Bildungen wirklich parasitäre Organismen sind, deren Beziehungen zu dem Gang des Syphilisprozesses allerdings noch der Klarstellung durch weitere Untersuchungen bedürfen.

II. **Zur Kasuistik der Nagelerkrankungen**, von Julius Heller-Charlottenburg.

2. Eccema striatum medianum unguium. Die 36jährige, etwas nervöse Patientin leidet seit drei Jahren an der gegenwärtigen Nagelaffektion. Die Nägel des linken Daumens, linken Zeige- und Mittelfingers und rechten Daumens zeigen in der Mitte eine ganz leichte, vom hinteren Nagelwall zum freien Rande ziehende Höhlung. In dieser befinden sich 2—4 mm lange, quer über die Nagelplatte laufende, parallele, etwa $^1/_2$ mm tiefe Eindrücke. Die Affektion sieht aus, wie wenn in einen Wachsnagel mit dem normal harten Fingernagel absichtlich parallele Einkerbungen gemacht worden wären. Im übrigen fehlt jedes Anzeichen einer Entzündung des Nagels.

Die Therapie bestand in innerlichen Gaben von Arsen und lokaler Bepinselung von Ol. cadin. und Ol. lini ää, der jedesmal warme Handbäder am Abend vorangingen. Unter dieser Behandlung ist in vier Monaten Heilung eingetreten.

III. **Syphilidologische Beiträge**, von Neuhaus-München.

1. Syphilitische Infiltration beider Lungenspitzen. Ein 26jähriger Bäckergehilfe hatte sich zwei Jahre zuvor luetisch infiziert. Bei der ersten Visite zeigte er zwischen den Augenbrauen ein herzförmiges Geschwür, das unter der Applikation von Hg-Pflaster und innerlichen Gaben von Jodkalium in wenigen Wochen abheilte.

$1^1/_4$ Jahr später kam der Mann wieder mit Klagen, die auf ein Lungenleiden hindeuteten. Die Untersuchung ergab über beiden Lungenspitzen Dämpfung und grofs- und kleinblasige Rasselgeräusche. Im Auswurf waren keine Tuberkelbacillen nachweisbar. Subjektive Beschwerden waren fast gar nicht vorhanden. Es bestanden keine Nachtschweifse, kein Fieber, keine Atemnot.

Verfasser vermutete, dafs es sich um ein luetisches Infiltrat handeln könnte. Er verordnete Landaufenthalt, Liegekur, Kreuzbinden, Milch etc., aufserdem innerlich Jodkalium 10 : 180, dreimal täglich einen Efslöffel. Der Erfolg war vorzüglich. Die Dämpfungen hellten sich auf, die Rasselgeräusche nahmen ab, der Patient bekam eine frischere Gesichtsfarbe. Nach sechswöchentlicher Behandlung wurde er entlassen. Der Lungenbefund ergab nur noch schwache Dämpfungen und etwas verlängertes Exspirium. Verfasser hatte Gelegenheit, den Patienten bei völligem Wohlbefinden noch Jahre hindurch seiner Tätigkeit als Reisender nachgehen zu sehen.

2. Nutzen des Jodipin. Nach seinen Erfahrungen rät Verfasser in Fällen, wo es sich um schnelle energische Jodwirkung handelt, Jodkalium zu gebrauchen.

Er beschreibt dann zwei Fälle von luetischen Knochenerkrankungen, bei denen das Jodipin ausgezeichnete Dienste geleistet hat, während die übrige spezifische Therapie, einschliefslich Jodkalium, versagt hatte.

3. Auftreten von tertiären Syphiliszeichen 34 Jahre nach der Infektion. Eine 53jährige Frau litt seit circa vier Wochen an heftigen Kopfschmerzen, die besonders nachts auftraten, sich jedoch durch die gewöhnlichen Mittel nicht beseitigen liefsen. Verfasser forschte nach der Vorgeschichte der Frau und erfuhr, dafs dieselbe im 19. Lebensjahre Syphilis acquiriert habe und mit grauer Salbe eingerieben worden sei. Danach seien alle syphilitischen Erscheinungen verschwunden und nicht mehr wiedergekehrt. — Verfasser verordnete nunmehr Jodkalium. Nach 14 Tagen waren die Kopfschmerzen, deren Intensität schon nach 48 Stunden nachgelassen hatte, völlig verschwunden. Zweieinhalb Monate später stellte sich die Patientin mit zwei gummösen Geschwüren an der Innenseite des linken Vorderarmes vor. Unter lokaler Applikation von Hg-Pflaster und innerlichen Gaben von Jodkalium heilten die Geschwüre ab. Wieder nach zwei Monaten erschien die Frau mit einer fast halbkugeligen, blaurötlichen Geschwulst in der Mitte der linken Wange. Der Tumor brach auf, worauf nach Entleerung des Eiters ein kleines, rundes, sehr tiefes Geschwür zu Tage trat. Unter lokaler Behandlung mit Europhen und innerlich Jod heilte alles ab.

IV. **Ein Fall von Xanthoma diabeticorum**, von A. Marullo-Neapel. Der 44jährige Patient leidet seit einem Jahre an Diabetes und Furunkulose. Auf der Rückenhaut sieht man zwei kleine Efflorescenzen und in der Höhe des fünften Dorsalwirbels einen erbsengrofsen, glatten, glänzenden, prallelastischen, nicht empfindlichen Tumor, dessen zentrale Oberfläche strohgelb, dessen Peripherie aber rosarot aussieht. Links von diesem und etwa 4 cm von ihm entfernt befindet sich ein kleinerer Tumor von derselben Beschaffenheit. Der gröfsere wurde exzidiert, und ein Teil osmiert, der andere in Alkohol-Äther-Celloidin gebracht. Die osmierte Partie zeigt bei schwacher Vergrößerung unterhalb der Epidermis eine braunschwärzliche Masse, welche die ganze Fläche des Tumors einnimmt.

Bei starker Vergrößerung stöfst man auf Befunde, die denen des vulgären Xanthoms völlig gleich sind. Im Innern des Tumors findet man die Merkmale von Entzündung und wird zu der Vermutung geleitet, dafs es im wesentlichen irritative Prozesse sind, die bei den Xanthomen die fettige Degeneration des bindegewebigen Elementes der Haut bewerkstelligen.

Das vulgäre, wie das diabetische Xanthom gehören zu demselben Prozesse. Nur in der Art der Entwicklung besteht eine Verschiedenheit zwischen beiden.

V. **Über Trichohyalin**, von Hans Vörner-Leipzig. Die Ansichten der Autoren über das Keratohyalin und Eleidin im Haar und in der Haarwurzelscheide stimmen nicht überein. Verfasser hat nun eigene Untersuchungen an Gewebsstückchen der menschlichen Kopfhaut angestellt. Dieselben haben ergeben, dafs die Granula des Haarmarkes und der inneren Wurzelscheide nicht das sind, wofür man sie bisher gehalten hat, nämlich nicht Eleidin oder Keratohyalin. Von beiden Körpern unterscheiden sich die Granula des Markes und der Haarscheide durch bestimmte chemische, physikalische und färberische Eigenschaften. Verfasser möchte die Substanz dieser Granula als „Trichohyalin“ bezeichnen, ohne behaupten zu wollen, dafs dieselbe tatsächlich Hyalin ist. Von letzterem, welches man bei der Degeneration von Geweben findet, unterscheidet sich das Trichohyalin durch gröfsere Widerstandsfähigkeit gegen Säuren und Alkalien, sowie durch verschiedene Färbungen, z. B. indem es sich mit van Gieson gelb, das Hyalin dagegen rot färbt u. s. w. Das Trichohyalin findet sich, wie das Keratohyalin im Protoplasma der Zelle im Gegensatz zum Eleidin. Es zeigt jedoch nicht, wie das Keratohyalin immer das gleiche morphologische Verhalten und macht auch nicht wie dieses den Eindruck eines festen, körnigen Körpers,

sondern stellt vielmehr einen sehr weichen Körper dar, dessen Form vom Kern und vom Protoplasma bestimmt wird.

Während an der äufseren Haut normalerweise das Verhältnis der Eleidinmenge zu der des Keratohyalins etwa wie 1 : 3 beträgt, dürfte das Eleidin zum Trichohyalin sich wie 1 : 50 verhalten, also gegenüber dem letzteren nur einen ganz geringen Bruchteil bilden. Ein Übergang des Trichohyalin in Eleidin, wie dies vom Keratohyalin behauptet wird, ist nicht wahrscheinlich. Das Keratohyalin der Epidermis tritt in Zellen auf, welche sich abplatten und in ihrer Protoplasmamenge sich reduzieren. Das Trichohyalin dagegen findet sich in Zellen, welche keine wesentliche Abnahme ihres Volumens erfahren.

Was die Herkunft des Trichohyalins betrifft, so hat Verfasser dasselbe in seinen Anfängen als kleinste Kügelchen, sowie später zu gröfseren Massen entwickelt, stets im Protoplasma liegend angetroffen. Zweifellos ist das Trichohyalin als ein Produkt des Protoplasmas anzusehen. Es tritt wesentlich früher als das Eleidin und das Keratohyalin auf. Es läfst sich bereits am primären Haare nachweisen. An Schnitten durch embryonale Kopfhaut sieht man, sobald sich ein deutlicher Haarkegel mit Wurzelscheide entwickelt hat, offenbar in dem Anteil, welcher der inneren Wurzelscheide entspricht, auch Trichohyalinkörner.

Die Befunde haben die gesonderte Stellung des Haares und der Wurzelscheide gegenüber der Epidermis zur Evidenz bewiesen.

VI. **Eisenbogenlicht contra Kohlenbogenlicht,** von Kromayer-Halle a. S. Verfasser verteidigt das Eisenbogenlicht gegenüber der Kritik, welche Busck in der vorigen Nummer der dermatologischen Zeitschrift an K.s diesbezüglicher Arbeit geübt hat.

VII. **Juristisch-medizinische Beiträge.**

1. Zur Kasuistik der Schadenersatzklagen auf Grund einer durch Geschlechtsverkehr erfolgten syphilitischen Ansteckung, von Arnold Sack-Heidelberg. In dem ausführlich beschriebenen Prozesse hat Verfasser als sachverständiger Zeuge fungiert. Nach eingehender Aufnahme der Anamnese und gründlicher Untersuchung der Klägerin wie des Beklagten, lautete das abgegebene Gutachten zu gunsten des letzteren. Der Verfasser beweist unter Berücksichtigung der Aussagen der Ärzte, welche zur Zeit der fraglichen Ansteckung die Klägerin und den Beklagten behandelt hatten, weshalb der letztere die erstere nicht anstecken konnte, und weshalb, wenn Klägerin tatsächlich syphilitisch infiziert war, den Beklagten, mit dem sie Verkehr gepflegt, doch nicht anzustecken brauchte. Auf Grund dieses Gutachtens hat die Klägerin ihre Klage zurückgezogen.

2. Ein gerichtliches Erkenntnis über Anfechtung einer Ehe wegen vorehelicher Blennorrhoe, von Dr. jur. L. Wertheimer-Frankfurt a. M. Der Sachverhalt war folgender: Am 28. September 1901 hatten Klägerin und Beklagter mit einander die Ehe geschlossen. Im Februar 1902 machte erstere eine Fehlgeburt durch. Bei dieser Gelegenheit konstatierte der behandelnde Arzt, dafs Klägerin tripperkrank sei. Diese erfuhr jedoch die Tatsache erst am 20. August 1902. Der Beklagte hat zugestanden, dafs er im Februar 1902 ebenfalls tripperkrank war. Klägerin hat im September 1902 Klage erhoben und den Antrag gestellt, die Ehe für nichtig zu erklären oder zu scheiden und den Beklagten für den schuldigen Teil zu erklären.

Begründet wurde der Antrag auf Nichtigkeitserklärung der Ehe damit, dafs Klägerin zur Zeit der Eheschliefsung in jeder Beziehung, insbesondere geschlechtlich, vollkommen gesund gewesen sei. Beklagter müsse sie daher angesteckt haben. Er sei bereits nach den Feststellungen und Untersuchungen ihres Arztes vor der Ehe

tripperkrank gewesen. Da sie hiervon zur Zeit der Eheschliefsung keine Kenntnis davon gehabt habe, sei sie berechtigt, die Ehe wegen Irrtums anzufechten. Der zur Zeit der Eheschliefsung vorhanden gewesene ansteckende Krankheitszustand des Beklagten sei als eine persönliche Eigenschaft desselben aufzufassen. Klägerin würde bei Kenntnis dieser Sachlage in verständiger Würdigung des Wesens der Ehe mit Rücksicht hierauf die Ehe mit dem Beklagten nicht eingegangen sein.

Das Gericht hat sich der Auffassung der Klägerin angeschlossen und die Ehe für nichtig erklärt. *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1903. Heft 17.

Behandlung der blennorrhoischen Entzündung der ganzen Urethra mit Ichthargan, von PAUL RICHNER-Genf. R. hat 22 Fälle von blennorrhoischer Entzündung der ganzen Urethra mit Ichthargan behandelt; die Beobachtungen und Erfahrungen, die er dabei gemacht, fafst er in folgenden Sätzen zusammen:

1. Das Ichthargan hat sich bei allen Erscheinungen und in allen Perioden der Blennorrhoe, gleichviel ob extra-urethrale Komplikationen auftraten oder nicht, als gutes antiblennorrhagisches Mittel erwiesen.

2. Alle Kranken, die sich einer regelrechten und genügend lange fortgesetzten Behandlung unterzogen, wurden geheilt.

3. Ungeheilt blieben nur die nachlässigen Kranken und solche, die vorzeitig aus der Behandlung ausschieden; doch zeigte sich bei den letzteren wenigstens rasch eine Besserung.

4. Aufser im Beginn des akuten Stadiums verursachte die Anwendung des Ichthargans, gleichviel in welcher Form sie erfolgte, niemals Schmerzen.

5. Niemals führte die Behandlung mit Ichthargan zum Auftreten von Komplikationen seitens der Blase oder der Hoden.

6. In Fällen von blennorrhoischer Epididymitis scheint die Ichtharganbehandlung die Dauer der Urethritis wie der Epididymitis bedeutend verkürzt zu haben.

7. Die Anwendungsweise, die sich am besten bewährt hat, ist eine Kombination von urethro-vesikalen Spülungen mit einfachen, vom Patienten selbst gemachten, drei- bis fünfmal täglich wiederholten Einspritzungen; zu Spülungen wie Einspritzungen wird $^1/_4$—$^1/_2$ ‰ige Ichtharganlösung verwendet. Wo es nötig ist, werden zum Schlusse der Behandlung einige Instillationen mit 2 %iger Lösung gemacht. Die Spülungen werden ohne Einführung eines Katheters mittels einer Spritze vorgenommen; die Spülflüssigkeit mufs lauwarm sein. — Verabreichung von Ichthargan per os hat keine befriedigenden Resultate ergeben. — Durch zweimal täglich wiederholte urethro-vesikale Spülungen mit $^1/_4$ ‰iger Lösung könnten wahrscheinlich die besten Erfolge erzielt werden; doch ist dieser Behandlungsmodus nur in den seltensten Fällen durchführbar. *Götz-München.*

Mitteilungen aus FINSENs medizinischem Lehrinstitut in Kopenhagen.

IV. Heft. G. Fischer, Jena, 1903.

Lupus vulgaris pharyngis. Eine klinische Untersuchung von HOLGER MYGIND. Unter 200 Patienten, und zwar 57 Männern und 143 Frauen, die an Lupus der äufseren Haut litten, waren 36, bei denen im Pharynx bezw. in den einzelnen Teilen desselben lupöse Herde nachweisbar waren. Was das Alter der betreffenden Patienten anlangt, so war bei den Kranken unter 25 Jahren der Lupus pharyngis doppelt so

häufig als bei den über 25 Jahren, was M. sich daraus erklärt, daſs Individuen mit Schleimhautlupus, die in der Mehrzahl der Fälle Träger eines sehr ausgebreiteten Gesichts- und Körperlupus sind, an einer ernsteren Form des Lupus leiden und eher zu grunde gehen. — Bei Männern war der Pharynx häufiger befallen als bei Frauen, vielleicht infolge der häufigeren irritativen Einwirkungen (Tabak, Alkohol etc.). In allen Fällen fand sich gleichzeitig Erkrankung irgend eines Teiles der Nasenhöhle, die nach M. die primäre Läsion darstellt. Bezüglich der Erkrankung der einzelnen Teile des Cavum pharyngis ist vielleicht von Interesse, daſs die hinteren Gaumenbögen weit häufiger als die vorderen zu erkranken pflegen, daſs die Uvula fast regelmäſsig in den Prozeſs einbezogen ist, während die Zunge und die Tonsillen sich nur je einmal, also auſserordentlich selten, befallen zeigten. Ebenso selten finden sich Perforationen: nur einmal in sämtlichen 200 (bezw. 36) Fällen war eine kleine Perforation, und zwar des harten Gaumens, zu konstatieren.

Beitrag zu den Untersuchungen über die Durchstrahlungsmöglichkeit des Körpers, von Gunni Busck. Verfasser nahm seine Versuche in der Weise vor, daſs er eine 8×4 cm groſse Bromsilberplatte und ein gleich groſses scharfes, photographisches Negativ mit den Schichtseiten aufeinander legte und unter Abhaltung störenden Nebenlichtes mit einer Kittdecke derart auf dem Handrücken befestigte, daſs das Negativ auf die Haut zu liegen kam. Bei Bestrahlung der Volarfläche mittels Kohlenbogenlampe von 70 Ampère und 50 Volt (8 cm Finsen-Apparat) erhielt B. ein positives Ergebnis in einer Sekunde durch die Mitte der Hand, durch den Thenar in drei Minuten, durch das Handgelenk in vier Minuten; stets negative Resultate bei Belichtung durch den Unterarm und noch dickerer Körperteile. Kontrollversuche ergaben, daſs die gebrauchten hochempfindlichen Platten (isochromatische Platten von Edward und Lumière) schon auf rotgelbe Strahlen eine Reaktion gaben. Daſs diese Strahlen allein das positive Ergebnis herbeigeführt hatten und daſs die eigentlich wirksamen blauvioletten Strahlen nicht durch die Hand hindurchgedrungen waren, ging daraus hervor, daſs das Resultat positiv war, wenn die Lichtstrahlen in der Vola durch eine 1,5%ige Lösung von doppeltchromsaurem Kalium hindurchgehen muſsten, also nur rote, orange und gelbe Strahlen passieren konnten, während andererseits das Ergebnis selbst nach lange dauernder Belichtung ein negatives war, wenn die Strahlen durch eine 1,5%ige ammoniakalische Lösung von Kupferoxyd gingen, also nur blauviolette Strahlen passieren und wirksam sein konnten.

Untersuchungen über die Fähigkeit der baktericiden Lichtstrahlen, durch die Haut zu dringen, von Hans Jansen. J. stellte sich die Aufgabe, zu untersuchen, in welcher Tiefe der Haut das Licht noch im stande ist, Bakterien zu töten, wie tief eine Schwächung der Bakterien zu verspüren ist, und an welche Spektralstrahlen sich die baktericide Wirkung knüpft. Er ging in der Weise vor, daſs er Hautstückchen von der verschiedensten Dicke, von weiſsen Mäusen, von Meerschweinchen, Menschen etc., teils direkt nach der Tötung, teils der Leiche entnommen, in einer der natürlichen Spannung und dem natürlichen Drucke entsprechenden Weise zwischen zwei Quarzplatten brachte und die Strahlen der Finsenschen Kohlenbogenlampe durch diese Schicht auf einen direkt dahinter, auf einer Quarzplatte angetrockneten Bakterientropfen fallen lieſs. Der jedesmal gleich groſse Bakterientropfen wurde weiterhin auf Petrischalen verimpft; das Licht fiel teils direkt auf die über der Haut befindliche Quarzplatte, teils durch Filter verschiedener Art. J. hat festgestellt, daſs die „äuſseren“ ultravioletten Strahlen (mit einer niedrigeren Wellenbreite als 322 μ) zwar am stärksten baktericid wirken, aber so schnell absorbiert werden, daſs sie kaum direkt für die Tötung der Bakterien unter der Haut Bedeutung haben; die absolut baktericide Wirkung, die bis zu einer Tiefe von 1,5 mm, und die bakterien-

schwächende Wirkung, die bis zu 4 mm Tiefe gefunden wurde, kommt auf Rechnung der „inneren" ultravioletten Strahlen (von 406—322 μ) und der blauvioletten Strahlen.

Ein neuer Lichtsammelapparat zur Einzelbehandlung, von Niels R. Finsen und Axel Reyn. Da der Finsen-Originalapparat für Privatärzte zu groſs ist und wegen der gewöhnlich nicht ausreichenden elektrischen Leitungen eine zu teure elektrische Installation erfordert, sind eine Unmenge billiger Apparate zur Einzelbehandlung auf den Markt gebracht worden, die aber in ihrer Wirksamkeit weit hinter den groſsen Apparaten zurückbleiben. Der jetzt von Finsen und Reyn konstruierte, dem Bedürfnis der Einzelbehandlung entgegenkommende Apparat ist nach dem Prinzip der Originallampe mit Kohlenelektroden-Bogenlampe und Lichtsammelapparat gebaut, arbeitet aber wegen der nur für einen statt vier Patienten nötigen Lichtmenge nur mit 20 Ampère (55 Volt). Die Resultate sind dieselben, die Tiefenwirkung die gleiche, die Einrichtung billiger als beim Originalapparat; allerdings ist der Stromverbrauch in einer Sitzung für einen Patienten ein relativ gröſserer. (Leider ist auch bei dieser Modifikation die teure Transformeranlage notwendig, wenn man gezwungen ist, den Apparat an einen Strom von 220 Volt anzuschlieſsen. Die Verbilligung und damit weitere Verbreitung der neuen Lampe tritt nur dann ein, wenn man von einer gewerblichen Anlage oder dergl. einen Strom von 70—110 Volt bekommen kann, da dann zur Spannungsänderung des Stromes ein oder mehrere Widerstände genügen würden. Der Ref.)

Die Einwirkung des Lichtes auf Amöben, von Georges Dreyer. Während Engelmann bei Untersuchungen mit Pelomyxa palustris fand, daſs diese sich bei plötzlicher Belichtung stets augenblicklich zusammenzog, im Dunkeln aber sich lebhaft bewegte, reagierten die von Dr. aus Süſswasser auf Heuagar gezüchteten Amöben niemals mit momentaner Kontraktion auf Lichteinfall. Sie bewegten sich lebhaft im weiſsen und besonders im blauen Lichte, nur wenig dagegen im roten Lichte. Bei länger dauernder Einwirkung des Lichtes wurden die Amöben langsam abgetötet, und zwar, wenn die Strahlen durch Quarz fielen, in 45—50 Sekunden; bei Durchgang derselben durch klares oder blaues Glas (Zurückhaltung der äuſseren ultravioletten Strahlen) in 10—15 Minuten. Viel widerstandsfähiger waren diese Amöben im encystierten Stadium: sie waren bei Belichtung durch Glas ca. fünf- bis sechsmal resistenter, bei Belichtung durch Bergkristall aber 30—33 mal als die Amöben unter gleichen Verhältnissen. Diesen letzteren auffälligen Befund erklärt sich Dreyer damit, daſs die durch die Quarzlinse hindurchgehenden äuſseren ultravioletten Strahlen auf die Amöben ohne weiteres einwirken können, dagegen infolge ihrer geringen Penetrationsfähigkeit von der braun pigmentierten, dicken Cystenhülle zurückgehalten werden.

Über die relative Penetrationsfähigkeit der verschiedenen Spektralstrahlen gegenüber tierischem Gewebe, von Gunni Busck. Die zahlreichen eingehenden Versuche des Verfassers hatten folgendes Resultat: Die Kurve der Penetrationsfähigkeit der verschiedenen Strahlenarten durch ein blutgefülltes Kaninchenohr steigt von dem äuſsersten ultravioletten, wo die Penetrationsfähigkeit auſserordentlich gering ist, durch den inneren ultravioletten und den farbigen Teil des Spektrums, und die Steigung setzt sich etwas im ultraroten Teile fort, wo das Maximum für die Penetrationsfähigkeit der Strahlen zu suchen ist. Im äuſseren Teile des ultraroten fällt die Kurve wiederum. In Zahlen ausgedrückt heiſst dies etwa: Die inneren ultraroten Strahlen vermögen etwa 28 mal, die rotgelben etwa 22 mal so gut durch tierisches Gewebe zu dringen als die blauvioletten Strahlen.

Über die Widerstandsfähigkeit der Bakteriensporen gegenüber dem Lichte, von Hans Jansen. Die von verschiedenen Autoren in dieser Hinsicht angestellten Versuche ergaben keine einheitlichen Resultate, bald zeigten sich die Ba-

cillen, bald die Sporen resistenter gegenüber der Lichteinwirkung. Die Versuche waren auch nicht einwandsfrei, da sie als Lichtquelle das ungleichmäfsige Licht der Sonne benutzten und infolge der notwendigen langen Belichtungszeit einmal eine Änderung in der Zusammensetzung der verwendeten Bouillon und sodann die Gefahr mit sich brachten, dafs die Sporen während der Belichtung auskeimten. Diesen Fehlern suchte J. dadurch zu entgehen, dafs er kurzdauernde Belichtung mit einer starken elektrischen Bogenlampe vornahm, dafs er die Wärmewirkung ausschaltete und an Kontrollversuchen das stete Gleichbleiben des Nährbodens, des Versuchsobjektes etc. nachwies. Die Versuche wurden mit Sporen und Bacillen von Anthrax ausgeführt. Die Resultate waren die folgenden: In feuchtem Zustande sind Sporen drei- bis viermal widerstandsfähiger gegenüber dem Lichte als die vegetativen Formen. Diese Resistenz der Sporen wird einmal bei Erwärmung derselben geringer und sodann, wenn sie zu keimen beginnen. Ferner sind eingetrocknete Sporen, namentlich bei langer Dauer der Eintrocknung, weniger widerstandsfähig als solche im feuchten Zustande. Ähnliche Verhältnisse bezüglich der gröfseren Resistenzfähigkeit der Sporen gegenüber den Bacillen ergaben sich bei Versuchen mit Bacillus subtilis.

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Bücherbesprechungen.

Zur Differentialdiagnose von Dermatosen und Lues bei den Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle und oberen Luftwege mit besonderer Berücksichtigung der Hautkrankheiten als Teilerscheinungen, von Gottfried Trautmann-München. (J. F. Bergmann, Wiesbaden 1903.) Der Verfasser hat aus der Literatur alle Mitteilungen, welche die Lokalisation von Dermatosen auf der Schleimhaut der Mundhöhle und der oberen Luftwege betreffen, gesammelt und das ganze Material, einschliefslich einer Reihe selbst beobachteter Fälle, zu einer Differentialdiagnostik dieser Schleimhautveränderungen gegenüber den luetischen Schleimhautaffektionen verarbeitet. Er führt von all den Dermatosen, die sich gelegentlich auch auf der Schleimhaut der Mundhöhle und der oberen Luftwege manifestieren, d. i. von Lichen ruber planus, Erythema exsudativum multiforme, Erythema nodosum, Herpes, Medizinalintoxikationen, Pemphigus, Ekzema, Impetigo, Impetigo herpetiformis, Psoriasis, Lupus erythematodes, Lupus vulgaris und Tuberculosis propria, die bisher veröffentlichten Fälle von Schleimhauterkrankungen einzeln an, und schildert dann ausführlich ihre Symptomatologie und ihre Differentialdiagnose gegenüber den syphilitischen Schleimhautveränderungen; bei jeder Krankheit werden speziell noch die Autoren citiert, die auf Grund ihrer Beobachtungen auf die Möglichkeit der Verwechslung mit Lues hingewiesen haben. — Im zweiten kürzeren Teile des Buches werden die in der Mundhöhle und den oberen Luftwegen vorkommenden Schleimhauterkrankungen, die nicht Teilerscheinungen von Dermatosen sind, also die verschiedenen Formen von Stomatitis, Angina, Glossitis, Ulcerationen etc., in ihren Symptomen geschildert und ihre Differentialdiagnose gegenüber der Lues besprochen.

Bei der grofsen Schwierigkeit, welche die diagnostische Abgrenzung der nichtsyphilitischen von den syphilitischen Schleimhautprozessen darbietet, ist jedes Hilfsmittel willkommen, das zur Überwindung dieser Schwierigkeiten beizutragen im stande ist. Ein solches Hilfsmittel ist Trautmanns Buch. Die umfangreichen und mühsamen

literarischen Vorarbeiten, die notwendig waren, sind mit grofsem Fleifse und grofser Gründlichkeit ausgeführt, das Material ist in übersichtlicher Weise zusammengestellt, die Symptome werden klar und gut geschildert, die für die Differentialdiagnose in Betracht kommenden Momente präcis und scharf hervorgehoben. So stellt das Werk eine dankenswerte Arbeit dar, die manchem Arzte gute Dienste leisten wird.

Götz-München.

Über regionäre Anämie resp. Hypothermie der Haut als Ausdruck funktioneller Störungen innerer Organe, von O. Rosenbach-Berlin. (*Berl. Klinik.* 1903. Heft 178.) Auf Grund seiner Beobachtungen faſst R. alle Formen abnormer Kälteempfindung in beschränktem Gebiete, sei es, daſs es sich bloſs um subjektive Empfindungen handelt — Psychro(hyper)ästhesie —, sei es, daſs die Herabsetzung der Temperatur auch objektiv wahruehmbar ist — Hypothermie —, zu einer besonderen Kathegorie der Wärmeanomalien überhaupt, der Psychrosen, zusammen, hierzu rechnet er das dauernde Kältegefühl in Händen und Füſsen, das plötzliche Kaltwerden der Hände, die Kongestionen nach dem Kopfe, die chronische Form der Psychroparästhesie. Verfasser ist geneigt, zu glauben, daſs ein grofser Teil der Anomalien der Blutverteilung in der Haut, und namentlich die von ihm ausführlich beschriebenen, nur ein Indikator abnormer Blutverteilung im Innern des Körpers ist, sei es, daſs die abnorme Verrichtung gewisser Organe inklusive zentraler nervöser Apparate bei sogenannten Nervösen auf dem Wege der Nervenbahnen oder des Blutes oder, was wahrscheinlicher ist, auf beiden Wegen eine gewisse Anomalie der Arbeit in anderen Organen, und namentlich in der Haut hervorruft, sei es, daſs die natürliche oder von äuſseren Vorgängen bedingte Periodizität und Wellenbewegung aller Erscheinungen bei bestimmten Individuen in diesem grofsen Wellenbewegungen im Hautorgan besonders zum Ausdruck kommt. Die Therapie muſs exspektativ sein. Wir sind häufig, bevor wir eine konstitutionelle oder kausal wirksame lokale Therapie einleiten können, auf eine symptomatische Behandlung angewiesen, und zwar so lange, bis bestimmte Fehler in der Lebensweise, zu viel Sitzen, Excesse irgend welcher Art, oder krankhafte, abnorme Organfunktion sich als maſsgebend herausstellen. Hydropathische Maſsnahmen, Anwendung trockener und manchmal auch feuchter Wärme, Tragen von Wolle, Bewegung, Packungen, Priessnitzsche Umschläge sind oft am Platze.

Bernhard Schulze-Kiel.

Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis, von A. Buschke-Berlin. (*Berl. Klinik.* Mai 1903. Heft 179.) Die grofse Bedeutung, welche in praktischer Beziehung die Syphilis hat, beruht in ihrer Vielgestaltigkeit, in den Folgezuständen, der Infektiosität und der Vererbbarkeit. Die Kinder syphilitischer Eltern sind schwächlich, wenig widerstandsfähig. Ob die Syphilis, die auf die erste Generation sicher vererbbar ist, sich auch auf die zweite Generation überträgt, ist noch unbewiesen. Die Wege, auf welchen sich die Krankheit fortpflanzen kann, sind folgende:

1. Die Syphilis wird vom Vater durch das infizierte Sperma auf die Nachkommenschaft übertragen.

2. Sie wird von der Mutter durch das kranke Ovulum übermittelt.

3. Sie wird sowohl vom Vater wie von der Mutter durch die Generationsprodukte auf die Nachkommenschaft übertragen.

4. Sie wird auf den ursprünglich gesunden Fötus von der nachträglich infizierten Mutter durch den Placentarkreislauf übertragen.

5. Der kranke Fötus überträgt sie umgekehrt durch Vermittlung der Placenta auf die ursprünglich gesunde Mutter.

6. Der kranke Fötus überträgt auf seine ursprünglich gesunde Mutter nicht die Krankheit, sondern die Immunität dagegen.

7. Die kranke Mutter überträgt auf den ursprünglich gesund angelegten Fötus nicht die Krankheit, sondern die Immunität.

Alle diese Wege werden vom Verfasser geschildert, und dann die Erscheinungen der hereditären Syphilis, Tod der Frucht, Frühgeburt, charakteristische Symptome des Kindes, Verschlechterung der Descendenz beschrieben.

Therapeutisch ist wesentlich die Prophylaxe: Behandlung der Eltern. Das Kind selbst muſs gut genährt werden, Bäder, Säuberung des Mundes und der Nase, sowie innere Anwendung von Kalomel oder Sublimatbädern, bisweilen auch Unnasche Quecksilbersalbenmulle, bei älteren Kindern leichte Schmierkuren führen neben der Lokalbehandlung meist zu guten Resultaten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Der gegenwärtige Stand der Behandlung oberflächlicher Carcinome und tuberkulöser Hauterkrankungen mittels X-Strahlen, von William L. Rodman und G. E. Pfahler-Philadelphia. (*Philadelphia med. Journ.* 13. Juni 1903.) In dem kurzen, zum Teil auf eigener Beobachtung, zum gröfseren Teil aber auf Literaturstudium beruhenden Resumé, berichten Verfasser über 234 Fälle von Hautepitheliom, wovon 147 = 65 % geheilt, 87 = 36 % gebessert und nur 2 % ungebessert geblieben seien. Die geringste Anzahl der Sitzungen in den geheilten Fällen war 4, die gröfste 68, der Durchschnitt 25, die kürzeste Zeit betrug 3 Wochen, die längste 22, der Durchschnitt 8 Wochen, welche zur Heilung mit den Röntgenstrahlen nötig waren. Zeit und Anzahl der Sitzungen hängen ab je von der Ausdehnung der Geschwulst, der individuellen Empfänglichkeit, der Geschicklichkeit des Operateurs u. s. w. Weiterhin sind 90 Fälle von Ulcus rodens angeführt, wovon 43 = 48 % geheilt worden seien. Von wenigstens 74 Fällen von Lupus vulgaris wurden 65 = 88 % geheilt und 9 = 12 % waren zur Zeit des Berichtes auf dem Wege der Besserung; die hier nötige Durchschnittszahl der Sitzungen schätzen Verfasser auf 40, und als Zeit nicht weniger denn 12 Wochen. Die acht Fälle von Lupus erythematosus sind sämtlich als geheilt angeführt. Während fast alle Untersucher darin übereinstimmen, dafs es nicht absolut nötig ist, eine Reaktion in den Geweben (durch Erytheme oder Dermatitis gekennzeichnet) hervorzurufen, so steht es doch bei den meisten fest, dafs bei vorhandener Reaktion die Erfolge raschere und ausgeprägtere sind. Die Schlufsfolgerungen der Verfasser gehen dahin, dafs 1. die Röntgenbehandlung der Hautepitheliome zwar längere Zeit beansprucht als die chirurgische oder kaustische, dafs die kosmetischen Resultate aber bessere sind wie mit letzteren. Die Röntgenbehandlung sollte nur in Fällen empfohlen werden, welche durch die Ausdehnung der Geschwulst oder ihre Lokalisation nicht zu operieren sind. 2. Sie ist durchaus das beste Mittel zur Behandlung der oberflächlichen Tuberkulose und gibt die besten kosmetischen Resultate. 3. Sie sollte nach allen Operationen wegen malignen Neubildungen oder wegen Tuberkulose zur Nachbehandlung dienen mit dem doppelten Zwecke, den Heilungsprozefs anzuregen und Residive zu verhüten; in manchen Fällen kann es von Vorteil sein, eine Röntgenbehandlung der Operation vorhergehen zu lassen, um die

aufsenliegende Teile der Geschwulst zu zerstören und die Operation leichter zu gestalten. Literaturverzeichnis, welches jedoch auf Vollkommenheit keinen Anspruch erhebt. *Stern-München.*

Bericht über weitere Erfolge des Cancroin beim Krebs des Gesichtes etc., von ALBERT ADAMKIEWICZ-Wien. (*Therap. Monatsh.* Febr.-März 1903.) Für den Verfasser unterliegt es keinem Zweifel, dafs das Cancroin die Krebszelle, die „ein Tier ist und kein Epithelium", tötet und aus dem Körper des Kranken ausschaltet. Das Cancroin heilt den Krebs, wenn die individuellen Verhältnisse des Kranken die Heilung noch möglich machen, es versagt aber, wenn seiner Wirksamkeit in den schwierigen Verhältnissen des kranken Individuums natürliche Grenzen gesetzt sind. Ist ein wichtiges Organ vom Krebs derart in Mitleidenschaft gezogen, dafs es auch nach der Abtötung der Neubildung seine physiologischen Funktionen nicht wieder aufnehmen und in ausreichendem Umfang ausüben kann, so mufs der Krebskranke zu Grunde gehen, auch wenn er vom Krebs befreit und geheilt worden ist. Solche Fälle als „Mifserfolge des Cancroin" zu bezeichnen, hält Verfasser für unwissenschaftlich und verfehlt. — Unter den neuen Erfolgen, über die Verfasser berichtet, befinden sich auch zwei Fälle von Gesichtskrebs. Im ersten Falle bewirkten die Cancroininjektionen die Auslösung eines erbsengrofsen Knotens am Mundwinkel und die Verflüssigung einer wallnufsgrofsen Metastase am Unterkiefer, deren Inhalt dann durch Punktion entfernt wurde. Der zweite Fall betraf einen Patienten, bei dem die ganze rechte Gesichtshälfte durch das Carcinom eingenommen war, auch die Kieferknochen ergriffen waren. Hier hatten die Injektionen eine sehr starke Reaktion zur Folge; unter Fiebererscheinungen verschwanden einige Knoten teils durch Resorption, teils durch Zerfall, während die Hauptmasse sich nach starker Schwellung abstiefs und einen ungeheuerlichen Defekt zurückliefs. Die Schmerzen verloren sich, gleichzeitig aber auch die Kräfte, und der Patient starb. Das Cancroin, meint Verfasser, hatte seine Aufgabe getan und den Krebs getötet und eliminiert; dem Patienten fehlten aber die Kräfte, beides zu überstehen. Frühzeitigere Anwendung des Mittels hätte ihn wahrscheinlich gerettet. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Über die Behandlung des Hautcarcinoms mit Röntgenstrahlen, von JEAN GOTTHOLD. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1902.) Verfasser berichtet an der Hand der Literatur über die Resultate, die durch Röntgenstrahlen beim Ulcus rodens erzielt wurden. Meistens trat objektiv und subjektiv Besserung ein. Bestimmte Schlufsfolgerungen über diese Behandlungsmethode lassen sich noch nicht ziehen. Zweifellos ist, dafs in einer grofsen Anzahl von Fällen günstige Beeinflussung der Schmerzen stattfand, wenn auch nur für einige Stunden, ferner hat man deutliche Epidermisierung auftreten und einzelne Knoten verschwinden sehen. Sollte es sich erweisen, dafs bei allen in der Literatur als geheilt veröffentlichten Fällen in der Zukunft keine Rezidive auftreten, so dürfte diese Behandlungsmethode bald Eingang finden.
Bernhard Schulze-Kiel.

Ulcus rodens behandelt mit X-Strahlen, von HALL-EDWARDS. (*Brit. med. Journ.* 10. Jan. 1903.) Unter der Behandlung mit Röntgenstrahlen hat sich bei einer 55jährigen Frau ein seit langer Zeit bestehendes Ulcus rodens an der Nase und an den Augenlidern wesentlich gebessert. Die Sitzungen dauerten etwa 10 Minuten bei einem Strom von 10 Ampères und 60 Volt Spannung und einer Funkenlänge von 12 Zoll. Die Behandlung wurde mehrere Monate lang fortgesetzt.
C. Berliner-Aachen.

Sarcomatosis cutis, von DAVID LIEBERTHAL-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 1902. No. 23.) Mitteilung zweier Fälle von idiopathischem, multiplem Pigmentsarkom. Verfasser vergleicht diesen Sarkomtypus mit der „Sarcomatosis cutis" und kommt zu

dem Resultat, daſs die aufgestellten klinischen und histologischen Untersuchungsmerkmale keine durchgreifenden sind, sondern daſs beide Formen denselben Prozeſs mit gewissen Modifikationen darstellen. Einige Fälle gehen nicht sekundäre Veränderungen ein, sind daher der Behandlung und Heilung zugänglicher, die Mehrzahl aber ist sekundären Veränderungen unterworfen, die den Verlauf ungünstig beeinflussen.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Ein Fall von Sarcoma idiopathicum cutis, von Vigandò. (*Il Morgagni.* 1903. No. 1.) Derselbe betrifft einen 64jährigen Mann und wird vom Verfasser als ein Typus von multiplem idiopathischen Pigmentsarkom der Haut (Kaposi) betrachtet. Verfasser hebt die besondere Entwicklungsweise der Neubildung an den Händen und Füſsen hervor: dort herrschte nämlich die diffuse Infiltration hauptsächlich vor; die Verdickung und Abschuppung des Stratum corneum waren sehr ausgesprochen, welche letzteren wahrscheinlich durch die Ernährungsstörungen der Epidermis infolge der unter ihr sich entwickelnden Neubildung verursacht waren. Der Patient wurde unter dem Einfluſs der Arseniktherapie bedeutend gebessert. *C. Müller-Genf.*

Ein ungewöhnlicher Fall von Myxosarkom der linken Inguinocruralgegend, von L. Mosca. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1903. No. 7.) Verfasser beschreibt einen derartigen Fall von multiplem Myxosarkom bei einer 68jährigen Frau, welcher wiederholt operiert wurde und in Zwischenräumen von vier bis acht Jahren rezidivierte. Er schlieſst daran folgende Betrachtungen: Das Myxosarkom der weiblichen Genitalien ist eine sehr seltene Affektion und kommt bei reiferen Individuen vor. Die Tumoren sitzen mit Vorliebe an den groſsen Labien und haben einen langsamen Verlauf. In Bezug auf ihre Bösartigkeit stehen sie in der Mitte zwischen den gutartigen und eigentlichen bösartigen Geschwülsten. Die subjektiven Beschwerden sind sehr gering oder fehlen vollständig. Die Diagnose läſst sich mit Sicherheit nur mit Hilfe des Mikroskops machen. *C. Müller-Genf.*

Ungewöhnliche Art des Eindringens eines melanotischen Sarkoms in die Epidermis, von L. de Gaetano. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1903. No. 6.) Ein 40jähriger Mann hatte von Geburt an auf dem ganzen Körper, besonders aber auf dem Rücken, eine Menge stecknadelkopf- bis linsengroſser Naevi, von denen einige sehr gefäſsreich waren. Vor einigen Jahren begann nun eines dieser Naevi ziemlich rasch an Volumen zuzunehmen, so daſs es nach und nach das Volumen eines Hühnereies erreichte; die Farbe des Tumors war dunkelrot bis braun, die Konsistenz hart, wie ein kontrahierter Muskel, die Haut war nur an der Peripherie des Tumors nicht mit dem letzteren verwachsen. Es muſste sich demnach um ein melanotisches Sarkom handeln, welches die Exstirpation erforderte. Diese wurde vorgenommen, aber vier Monate nach der Operation wurde circa 3 cm auſserhalb der Operationsnarbe ein erbsengroſser Tumor konstatiert und gleichzeitig eine Lymphdrüsenschwellung in der Achselhöhle. Als der Tumor im Rücken Nuſsgröſse erreicht hatte, wurde er entfernt, ebenso die Achselhöhlendrüsen, welche sich als melanomatöse Metastasen erwiesen. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, daſs sich die Zellenelemente des Tumors in die unteren Schichten des Stratum mucosum infiltriert hatten, wo sie zu einer Ablösung der Keimschicht führten; diese letztere bildete sodann eine Pallisade von Cylinderzellen, welche in den Präparaten schön sichtbar waren. Verfasser exstirpierte gleichzeitig noch eine Reihe anderer Naevi bei seinem Patienten. In der Cutis derselben waren zahlreiche Stränge junger embryonaler Bindegewebszellen sichtbar mit groſsem Kerne und dicht beieinander liegend. Zwischen diesen Strängen und der Epidermis lagen andere zerstreute Zellengruppen. Dieser histologische Befund würde somit, so meint der Verfasser, eine Stütze für die Theorie von Durante über die embryonale Genese der Tumoren bilden. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Darierscher Krankheit, von Theodor Schwab. (Inaug.-Diss. Speyer & Kaerner, Freiburg i. B., 1902.) In Veranlassung eines sehr ausgesprochenen Falles von Darierscher Krankheit aus der Jacobischen Klinik, den Sch. eingehend beschreibt, besonders auch in Hinsicht auf seine histologischen Befunde, schildert Verfasser Verlauf und Ursachen dieser immerhin noch seltenen Krankheit und bespricht die Ansichten der Forscher, die sich bisher mit der Frage beschäftigt haben. Seine eigenen Anschauungen fafst er dahin zusammen:

1. Die Darier'sche Krankheit ist von den anderen bekannten Dermatosen sicher unterscheidbar und selbständig.

2. Zu ihrer Diagnose gehören immer neben den klinischen Erscheinungen auch histologische Untersuchungen.

3. Hier finden sich neben den ganz eigenartigen, für diese Affektion typischen Bildern der Hyper- und Parakeratose die als Corps ronds und Grains bezeichneten Gebilde in typischer Lage und Anordnung bei wechselnder Menge. Die Natur dieser Bildungen läfst sich mit absoluter Sicherheit nicht feststellen, doch spricht vieles dafür, dafs es sich um veränderte Epithelzellen handelt. Bei anderen Krankheiten haben wir diese Gebilde in entsprechender Lage und Anordnung nicht gefunden.

4. Die Ursache des Leidens ist vollständig dunkel; hereditäre Einflüsse sind teilweise sicher vorhanden, ansteckend scheint die Dermatosis Darier nicht zu sein; trotzdem hat die Annahme eines parasitären Ursprungs vieles für sich.

5. Lebensgefährlich ist die Krankheit nicht, sie ist auch nur mit geringer Belästigung für den Patienten verbunden. Die von Darier beschriebenen Vegetationen sind sekundär und haben mit dem typischen Bilde der Krankheit nichts zu tun.

6. Therapeutisch sind keine Erfolge erzielt.

7. Was die Benennung betrifft, möchte Verfasser sich den meisten Forschern anschliefsen und sie „Darier'sche Krankheit" heifsen, denn für eine „Psorospomose" sie zu halten, liegt bis jetzt keine Berechtigung vor; „follikulär" war sie nur in wenigen Fällen, und die „Vegetationen" sind als zufällige Komplikation zu betrachten. Verfasser kann daher den von Darier gegebenen Namen „Psorospermose folliculaire végétante" nicht gutheifsen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

b. *Benigne.*

Weitere Untersuchungen über Mitigation des Epithelioma contagiosum des Geflügels, von E. Marx und Anton Sticker-Frankfurt a. M. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 5.) Aus den Versuchen geht hervor, dafs das Virus des Epithelioma contagiosum der Taube schon bei einer einzigen Passage durch das Huhn in seiner Virulenz eine ganz erhebliche und stets zu Tage tretende Abschwächung für die Taube erleidet. Derartige Abschwächungen spielen in der menschlichen Pathologie eine grofse Rolle. Durch die einmalige Übertragung des Menschenpockenvirus auf das Rind tritt stets eine so völlige Mitigation des Virus ein, dafs es, ob auf Menschen oder Rinder weiter geimpft, stets nur Kuhpocke bezw. Vaccinepustel zu erzeugen vermag. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Molluscum fibrosum bei Kindern, von A. H. Robinson und A. Whitfield. (*Brit. med. Journ.* 28. März 1903.) Die Verfasser erinnern an eine von John Murray im Jahre 1873 veröffentlichte Serie von Fällen, welche drei Kinder einer und derselben Familie betrafen. Dieselben zeigten zahlreiche erbsen- bis wallnufsgrofse Tumoren im Gesicht, auf dem Kopfe, an den Ohren, auf dem Rücken und an den Extremitäten. Ähnliche Gewächse wurden auf dem Zahnfleisch und an den Endphalangen der Finger gefunden. Bei dem ältesten der drei Kinder nahmen einzelne Tumoren, besonders am Gesäfs, einen enormen Umfang an.

Die histologische Untersuchung ergab, dafs die Tumoren im wesentlichen aus einer hyalinen Grundsubstanz bestanden, die feine Bindegewebsfasern und grofse Bindegewebszellen enthielt. Keine Nervenfasern, kein elastisches Gewebe wurde gefunden, so dafs die Tumoren als reine Fibromata und nicht als Neurofibromata anzusehen seien. *C. Berliner-Aachen.*

Die allgemeine Neurofibromatose, von A. Breton. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 2.) Nach einer kurzen Schilderung der Recklinghausenschen Krankheit beschreibt der Verfasser ausführlich einen selbst beobachteten typischen Fall dieser Affektion. Der betreffende Patient ging im Alter von 48 Jahren nach nur zweijährigen Dauer der Krankheit infolge einer Gehirnblutung rasch zu Grunde. Bei der Autopsie fand sich an Stelle beider Nebennieren sarkomatöses Gewebe, die sämtlichen Lymphdrüsen waren geschwollen und verhärtet, die Hypophysis cerebri hatte das Volumen einer grofsen Erbse, die Sella turcica war ausgefüllt mit lymphoidem Gewebe. All diese Veränderungen, insbesondere die sarkomatöse Entartung der Nebennieren, deuten mit Bestimmtheit darauf hin, dafs in diesem Falle eine Autointoxikation die Ursache der Erkrankung war. *Göts-München.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der multiplen Dermatomyome, von Carl Huldschinsky. (Inaug.-Diss. Freiburg 1901.) H. beobachtete in Jacobis Klinik einen Fall dieser seltenen Krankheit, den er, nach Besprechung der bisher über dieses Gebiet vorhandenen Literatur, veröffentlicht. Besonders stark ist die hintere und äufsere Fläche des linken Beines befallen, auch auf Stirn, Armen und Brust, sowie am anderen Bein finden sich vereinzelte, kleine, blafsrote, auf Druck nicht schmerzhafte Knötchen, die anfallsweise unter starkem Angstgefühl, Hitze- und Frostempfindung, Zähneklappern entstehen. Gegen die Schmerzen wird äufserlich Äthylchlorid angewandt, aufserdem aber eine systematische Arseninjektionskur eingeleitet. Später wurden drei grofse, mit Myomen besäte Hautstücke exzidiert und Transplantationen gemacht. Die Schmerzen verschwanden, die Anfälle stellten sich nach der Operation nicht mehr ein. Mikroskopisch ist der Sitz der Neubildung zwischen Papillarkörper und Subcutangewebe. *Bernhard Schulze-Kiel.*

In der Société nationale de Médecine de Lyon (Sitzung von 1. Dezember 1902. Nach *Lyon méd.* 1902. No. 50) stellte Lanois einen 52jährigen Mann mit ausgedehntem **Angiom des Gesichts** vor. Bei dem Kranken hatte vor mehr als 30 Jahren ein kongenitaler Naevus der rechten Wange angefangen zu wachsen, und auch jetzt ist noch kein Stillstand eingetreten. Gegenwärtig findet sich an der unteren Hälfte beider Wangen, an der Unterlippe, dem Kinn, dem Gaumen, an der Innenfläche beider Wangen, sowie an dem stark hypertrophischen Zahnfleisch des Oberkiefers ein ausgedehnter Naevus, der sich links bis auf die behaarte Kopfhaut ausdehnt. An der oberen Hälfte beider Wangen, an der Nase und den Oberlidern findet sich ein grofses Angiom; Nase und Oberlider sind hochgradig hypertrophisch, die Augen werden durch die Oberlider vollständig verdeckt, das linke Oberlid kann spontan überhaupt nicht mehr bewegt werden. Die Oberlippe hängt birnenförmig über die Mundspalte herab; sie mifst von der Nase bis zu ihrem freien Rande 10½ cm. Die Oberfläche des Angioms weist eine Reihe von Anschwellungen auf. Der Kranke ist seit 10 Jahren infolge von Keratitis und Kataraktbildung vollständig blind. Im Anschlufs an die Demonstration dieses Mannes berichtet L. über eine Patientin mit ausgedehntem Angiom des Gesichts, bei welcher aufserdem noch eine rechtsseitige Hemiatrophie der Zunge, linksseitige Hemiplegie, Steigerung der Reflexe, Fufsklonus, Schwindelgefühle, epileptische Anfälle und ein gewisser Grad von Schwachsinn zu konstatieren sind. Wahrscheinlich bestehen bei dieser Patientin auch im Innern des Schädels Angiome, welche all diese Erscheinungen hervorrufen. *Göts-München.*

c. *Pigmentanomalien.*

Totale Melanosis, von Dolbey. (*Brit. med. Journ.* 27. Dez. 1902.) Ein 30jähriger Soldat, der den südafrikanischen Feldzug ununterbrochen mitgemacht hat, kam in die Behandlung des Verfassers mit Klagen über allgemeine Schwäche und Kopfschmerzen. Der Patient sah fast kohlschwarz aus und gab auf Befragen an, dafs er im Jahre 1895 Malaria gehabt und zwei Monate im Hospital gelegen habe. Nachdem er aus demselben entlassen war, wurden die Stirn, die Hände, dann das Gesicht, die Arme und Knie, schliefslich die ganze Körperhaut immer dunkler und dunkler. Selbst von Verwundungen herrührende Narben, die anfangs weifs aussahen, seien innerhalb von sechs Wochen dunkel geworden. Die Handteller und Fufssohlen sahen schwärzer als beim Neger aus. Gleichzeitig bestehen Anzeichen von Zirkulationsstörungen. Der Patient hat stets kalte Hände und Füfse; er neigt zu Kopfschmerzen, Dyspnoe, Ohnmachtsanfällen, hat einen gespannten, schwachen, frequenten Puls von 110 Schlägen. Ein Tumor in der Nieren- oder Lebergegend oder sonstwo ist nicht aufzufinden. Die Diagnose schwankt zwischen Malariapigmentation und Addisonscher Krankheit. Wahrscheinlich handelt es sich um letztere.

Die Behandlung mit Nebennierenextrakt hatte bisher keinen Erfolg.

C. Berliner-Aachen.

Sogenannter Mongolen-Kinderfleck bei Europäern, von B. Adachi-Japan. (*Anat. Anzgr.* 1902. No. 16.) Anknüpfend an eine frühere Mitteilung, dafs die einzig bei der Mongolenrasse bisher beobachteten Hautflecke der Kinder sich auch bei Europäerkindern vorfinden, bemerkt der Verfasser, dafs er neuerdings zusammen mit K. Fu Zisawa bei rein europäischen Kindern auch die äufseren blauen Hautflecke unzweifelhaft festgestellt hat. Die der Erscheinung zu Grunde liegenden Pigmentzellen sind von anderer Beschaffenheit als die sonst im Corium der Menschenhaut vorkommenden. *Hopf-Dresden.*

Addisonsche Krankheit, von J. Russell. (*Brit. med. Journ.* 31. Jan. 1903.) Ein 65jähriger Mann bekam August 1896 eine Schwellung des linken Nebenhodens. Es entwickelte sich ein Abscefs, der zur Exstirpation des ganzen Testikels zwang. Derselbe erwies sich als tuberkulös. Im Februar 1897 erkrankte der rechte Testikel, jedoch nur in der Weise, dafs er atrophierte. In demselben Jahre entwickelte sich zuerst eine Schwellung, dann ein Abscefs am Sternum nahe der linken siebenten Rippe.

Im Oktober 1901 bemerkte der Patient, dafs seine Haut dunkler, wie sonnenverbrannt, wurde. Die Pigmentation wurde stärker und verbreitete sich über den ganzen Körper. Herzschwäche und Abmagerung führten schliefslich den letalen Exitus herbei.

Die Sektion ergab vollständiges Fehlen der linken Nebenniere. Die rechte war vergröfsert, hart und zeigte makroskopisch ein dem Gumma sehr ähnliches Aussehen. Mikroskopisch erwies sich alles Gewebe verkäst.

(NB. Eine im Beginn eingeleitete, energische Jodkur hätte vielleicht ein anderes Resultat gezeitigt. Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Morbus Addisonii, von Oskar Steinhaus. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 50.) Ein 20jähriger Mensch mit Adynamie, Störungen des Magendarmtraktus, Bronzepigmentierung an Haut und sichtbarer Schleimhaut. Die Diagnose auf Morbus Addisonii wird durch die Obduktion bestätigt. Man findet sehr vergröfserte, verkäste Nebennieren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Eine einfache Methode, äufsere Hämorrhoiden unter Lokalanästhesie zu entfernen, von Thos. Chas. Martin-Cleveland. (*Cleveland med. Journ.* 1902. No. 7.) Um den Patienten die Schmerzen der Wundnaht zu ersparen und den Blutverlust bei der Operation auf ein Minimum zu reduzieren, legt Verfasser nach Schleichscher Infiltration des Operationsgebietes zunächst die Nähte, exzidiert dann erst die Hämorrhoiden, um darauf sofort die Nähte zu knüpfen. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Die operative Behandlung der Varikositäten und des Ulcus cruris, von A. Landerer-Stuttgart. (*Dtsch. Praxis.* 1902. No. 24.) Das einfachste Verfahren ist die Trendelenburgsche Unterbindung der Vena saphena magna am Oberschenkel, doch ist ihre Leistungsfähigkeit beschränkt, eine wirkliche Rückbildung der Varikositäten, eine Dauerheilung der Geschwüre wird nicht immer erreicht. Einen Schritt weiter geht die Karewskysche Methode der partiellen Exstirpation, von kleineren Inzisionen aus Stücke zu exstirpieren; am besten ist die Madelungsche Totalexstirpation, die L. bisher 70mal ausführte, und deren günstige Resultate Verfasser verzeichnet. Die Operation ist ungefährlich und gibt auch in schweren Fällen gute und dauernde Resultate. Ihr einziger Nachteil ist, dafs sie längere Bettruhe verlangt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Behandlung des Ulcus cruris, von Hoffmeister-Odenkirchen. (*Die med. Woche.* Bd. IV. No. 25.) Nach Verfassers Ansicht kommt es bei der Heilung des varikösen oder traumatischen Ulcus cruris in erster Linie darauf an, den Boden, auf dem es sich entwickeln konnte, d. h. den Körper als solchen, gesund zu machen, ihn von dem Ballast der in seinem Säftestrom kreisenden Schlacken zu befreien. Es empfehlen sich daher neben hygienischer Pflege die von Dyes angegebenen kleinen Aderlasse. Erst im Anschlufs daran empfiehlt Verfasser antiseptische Verbände, Streupulver aller Art, Zinkleimverband und die sonstigen zahlreichen Mittel, die allgemein bekannt sind. Verfasser erzielte mit dem Aderlassen gute Resultate.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über idiopathische Hautatrophie, von W. Lehmann-Gera. (Inaug.-Diss. Leipzig 1902.) Im Anschlusse an einen in der Jacobischen Klinik in Freiburg beobachteten Fall von erworbener progressiver, idiopathischer Hautatrophie, den Verfasser ausführlich beschreibt, äufsert er sich über die ähnliche Fälle behandelnden Publikationen und schildert die aus seinen histologischen Untersuchungen sich ergebenden Verschiedenheiten gegenüber seniler Atrophie oder Striae atrophicae. Einzelheiten aus dieser sehr umfangreichen und fleifsigen Arbeit herauszugreifen, würde den Rahmen eines Referates überschreiten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von progressiver idiopathischer Hautatrophie, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 10. Jan. 1903.) Bei einem 18jährigen Mädchen hatte, angeblich nach einem Typhus vor drei Jahren, der atrophische Prozefs an der Haut begonnen. Das Mädchen war in seiner geistigen Entwicklung stark zurückgeblieben und auch körperlich immer recht elend gewesen; die Anzeichen eines schweren Nervenleidens waren dann immer mehr in den Vordergrund getreten, Ohnmachtsanfälle, ataktischer Gang, schliefslich völlige körperliche Hilflosigkeit. In diesem Zustande wurde die Patientin ins Krankenhaus verbracht, man konstatierte beiderseitige Pupillenstarre, linksseitige Abducenslähmung, doppelseitige Neuritis optica: Steigerung der Patellarreflexe. Der Zustand der Haut war von der Kranken und ihren Angehörigen bis dahin kaum beachtet worden. Es fanden sich auf der Stirn, am Rumpf, den Armen und Beinen verstreut weifse, narbenähnliche Flecke verschiedener Gröfse, in deren Bereich die Haut dünn und atrophisch war, das Aussehen zer-

knitterten Cigarettenpapiers hatte, sich nur schwer in Falten aufheben liefs, die ihrerseits sich wieder nur langsam ausglichen; Pigment, Lanugohaare fehlten an diesen Stellen; an der Peripherie waren zeitweise, in den Anfangsstadien der Atrophie, rundliche, rötlichbraune, erythematöse Flecke sichtbar. Die Sensibilität an den atrophischen Stellen war herabgesetzt. — Nach abwechselnd deliriösen und stuporösen Anfällen erfolgte schliefslich der Tod der Patientin. Die Autopsie ergab neben tiefen Narben in der Leber und Milzvergröfserung eine gröfsere Zahl von Gummen in der Hirnsubstanz und gummöse Infiltrationen an der Hirnbasis, besonders an der Übergangsstelle von Pons und Medulla oblongata. Verfasser hält es für sicher, dafs die Hautveränderungen in diesem Falle bedingt waren durch den Druck, den die gummösen Infiltrate auf die Zellen des am Boden des vierten Ventrikels in der Gegend des Calamus scriptorius gelegenen Vasomotorenzentrums ausübten. Die idiopathische Hautatrophie, meint Verfasser, ist in den meisten Fällen die Folge einer trophoneurotischen Störung, als deren Ursache entweder, wie im vorliegenden Falle, eine Affektion des Vasomotorenzentrums anzusehen ist, oder eine periphere Affektion der Nervenverzweigungen oder der Nervenganglien. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand Verfasser die Epidermis in allen ihren Schichten, mit Ausnahme des Stratum spinosum, sehr erheblich verdünnt; die Hauptveränderungen zeigte die Cutis: kleinzellige Infiltration in der Papillarschicht, in der Umgebung der Drüsen und zwischen den kollagenen Fasern; die Fibrillenbündel der Papillarschicht umgewandelt in homogene, kollagene Fasern; die Bindegewebszüge verdickt und hypertrophisch mit stark gewundenem Verlauf; die Papillen teils abgeplattet, teils vergröfsert; Atrophie des elastischen Gewebes; die Blutgefäfse erweitert, ihr Endothel gequollen; die Schweifsdrüsen atrophisch, Haare und Talgdrüsen fehlend; auch an den Nervenendigungen konnte Verfasser stellenweise atrophische Vorgänge, wohl bedingt durch den Druck der verdickten, kollagenen Fasern, nachweisen. — Auf Grund des Verlaufs, der klinischen Symptome und der histopathologischen Veränderungen kommt Verfasser zu dem Schlusse, dafs es sich bei der idiopathischen Hautatrophie um einen trophoneurotischen Entzündungsprozefs mit Ausgang in Atrophie und Sklerose handelt.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Drei Fälle von Aplasia pilorum moniliformis, stellt Ledermann in der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft 18. März 1903 (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. No. 14) vor, von denen zwei Mutter und Sohn sind, wie auch Lesser und M'Call Andersen Erblichkeit bei dieser Krankheit nachwiesen. Das Wesen dieses Leidens besteht darin, dafs die Haare abwechselnd spindelförmige Anschwellungen mit mehr oder weniger starker zentraler Luftfüllung und Einschnürungen zeigen, an denen das Mark oft ganz verloren gegangen ist, so dafs die beiden Cuticularsäume sich fast berühren. Die spindelförmigen Abschnitte sind gewöhnlich $^1/_2$—1 mm lang und zeigen je nach dem Luft- und Pigmentgehalt ein bald helleres oder dunkleres Aussehen. Die Haare sind trocken und brechen an den Einschnürungsstellen leicht ab, so dafs die Kopfhaut immer nur von dünnen Haarstümpfen bedeckt ist. Die Entstehung ist noch unaufgeklärt, die Therapie machtlos. Im Anschlufs hieran stellt Ledermann noch ein Mädchen mit Alopecia areata vor, welches bis vor kurzem an periodischem Haarwechsel litt, besonders im Winter fielen die Haare stark aus.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Alopecia areata, ein klinischer Beitrag von E. Richter-Greifswald. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 52.) R. beobachtete eine Frau, die $1^1/_2$ Jahre nach einem Sturz zwei Alopecia areata-Stellen am Kopfe erhielt, die in entschiedenem Zusammenhang mit dem Sturz stehen, und kommt auf Grund dieses Falles zu der Ansicht, dafs die Alopecia areata trophoneurotischen Charakters ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ist die Alopecia areata eine parasitäre und kontagiöse Krankheit oder nicht? von CONTET. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 24.) In den letzten Jahren hat sich die Zahl derjenigen Autoren wieder beträchtlich vermehrt, welche die Alopecia areata nicht für eine parasitäre und kontagiöse Affektion, sondern für eine reine Trophoneurose halten. Am meisten hat JACQUET durch seine eingehenden Untersuchungen zur Befestigung und Ausbreitung dieser Auffassung beigetragen. Seinen Beobachtungen zufolge wird die Alopecia areata in einzelnen Fällen bei neuropathischen Individuen durch nervöse Affektionen, gastrische Störungen, Otitis etc. hervorgerufen; in der Mehrzahl der Fälle aber ist sie durch Reize bedingt, die von den Zähnen ausgehen, und zwar durch die Irritation, die vom Durchbruch der zweiten Zähne oder von einer bestehenden Karies der Zähne verursacht wird. Der Verfasser schliefst sich der Auffassung JACQUETS an; für die Richtigkeit derselben spricht folgender von ihm beobachteter Fall. Bei einem 23jährigen Mädchen entstanden zur Zeit, als unter heftigen rechtsseitigen Kopf- und Gesichtsschmerzen ein Weisheitszahn durchbrach, über dem rechten Scheitelbein zwei einander berührende Herde von Alopecia areata; dieselben behaarten sich, nachdem der Durchbruch des Zahnes vollendet war, unter Anwendung irritierender Medikamente sehr rasch wieder. Mutter und Schwester der Patientin, die sich stets des gleichen Kammes und der gleichen Bürste bedient hatten, wiesen nicht die geringste Spur von Haarausfall auf. *Göts-München.*

Diabetische Gangrän der Zehe; Amputation derselben; Heilung, von C. FISHER. (*Lancet.* 21. März 1903.) Die Überschrift besagt den Inhalt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Morphoea oder lokalisierte Sklerodermie des Gesichts, von T. D. SAVILL. (*Brit. med. Journ.* 31. Jan. 1903. S. 254.) Ein 50jähriger Mann hatte im Jahre 1880 einen heftigen Schlag auf den Kopf bekommen. Seit der Zeit litt er an Kopf- und Gesichtsneuralgie. Fünf Jahre nach dem Unfall fielen die Haare der linken Kopfseite und die Augenbrauen aus. Gleichzeitig wurde die Haut der linken Gesichtshälfte atrophisch. Zurzeit ist sie durchscheinend glatt. Die Schläfen- und Kaumuskeln dieser Seite sind stark atrophiert. Charakteristische Morphoeaflecke sieht man auch auf dem Rücken. Der Fall kann als Hemiatrophia facialis mit Morphoea angesehen werden. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Pathologie und Therapie der Sklerodermie im Kindesalter, von WILHELM EBSTEIN-Göttingen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 1 u. 2.) Der vom Verfasser mitgeteilte Fall betrifft einen achtjährigen Jungen, der vorher völlig gesund und normal entwickelt war und bei dem sich innerhalb drei Wochen, angeblich im Anschlufs an „Rheumatismus", das Bild der Sklerodermie entwickelt haben soll. Die Haut ist stellenweise bläulich gefärbt, an den meisten Partien des Körpers durch grofse Derbheit und Härte, sowie durch Nichtverschiebbarkeit ausgezeichnet; an den Vorderarmen fühlt sie sich kühl an, ist hier auch leicht ödematös. Fast überall besteht sehr leichte Ansprechbarkeit der Gefäfsnerven. Von der Sklerosierung besonders befallen ist die untere Gesichtshälfte; die Zunge kann nicht über die Zahnreihen herausgebracht werden, die Mundbewegungen sind gehemmt, der Gesichtsausdruck beim Lachen ist maskenartig. Andere besonders derbe Hautpartien finden sich auf dem Rücken, an den Streckseiten der Ober- und Vorderarme, sowie an den Oberschenkeln. Überall, wo die Haut sklerosiert und auf der Unterlage schwer verschieblich ist, ist auch die idiomuskuläre Kontraktion (SCHIFF) erheblich erhöht, während die elektrische Untersuchung der Muskulatur überall qualitativ normale Erregbarkeitsverhältnisse ergibt. — Die inneren Organe sind gesund bis auf eine völlig kompensierte Insufficienz der Mitralis. — Die Behandlung bestand in Bädern mit essigsaurer Tonerde, Massage und innerlicher Anwendung von Natrium salicylicum. Es trat als-

bald eine Besserung des Zustandes ein, die nach etwa drei Monaten soweit fortgeschritten war, dafs die Haut sich überall weicher anfühlte, überall in Falten abheben liefs und die Cyanose und das Ödem verschwunden waren; der allgemeine Ernährungszustand war wesentlich gebessert.

Im Anschlufs an diesen Fall, in dem der Prozefs noch nirgends in das atrophische Stadium übergegangen war, berichtet Verfasser über eine schon mehrere Jahrzehnte zurückliegende Beobachtung, ein Kind betreffend, bei dem die rechte obere Extremität von Sklerodermie in Streifenform befallen war, und in dem es an den Fingern zu dem Zustand der Sklerodaktylie und zu schweren Schrumpfungsprozessen am Arm mit sekundären Wachstumsstörungen kam. Die Krankheit hatte akut begonnen. Ist es einmal zur Atrophie gekommen, so ist therapeutisch nicht mehr viel zu erhoffen; in den frühen Stadien aber ist unter allen Umständen zur Anwendung der Massage zu raten, wenn Verfasser auch aus dem einen vorläufig günstig verlaufenen Fall keine weitgehenden Schlüsse ziehen will. — Bemerkenswert ist die Ansicht des Verfassers, dafs alle seine Beobachtungen von Sklerodermie wahrscheinlich auf infektiöser Basis entstanden sind. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Ein kasuistischer Beitrag zur Ätiologie der diffusen Sklerodermie, von Heynacher-Aschersleben. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 15) Ein 16jähriger Fabrikarbeiter hatte mehrere Anfälle von Gelenkrheumatismus durchgemacht und eine Mitralinsufficienz zurückbehalten. In unmittelbarem Anschlufs an einen neuen Rheumatismusanfall entwickelte sich eine eigentümliche Härte der Haut, zunächst an Gesicht und Hals, dann auf Rumpf, Arme und Beine sich ausdehnend. Die Haut war hart, kühl, blafs, fest und nur wenig auf der Unterlage verschieblich. Unter Anwendung von Roborantien, warmen Waschungen und Massage der Haut ging die Verhärtung allmählich wieder zurück. Ein späterer Rheumatismusanfall war nicht wieder von solchen Hauterscheinungen gefolgt. Verfasser stellt seinen Fall dem kürzlich von Ebstein mitgeteilten an die Seite, der ebenfalls einen Patienten mit Mitralinsufficienz betraf, und bei dem ebenfalls dem Hautleiden Rheumatismus voraufging.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Ist der Lupus erythematodes ein Tuberkulid? von Gunsett-Strafsburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 9.) Der Verfasser hat aus der Literatur die Obduktionsbefunde bei 19 Fällen von Lupus erythematosus gesammelt. Nur in 9 von diesen 19 Fällen war Tuberkulose nachweisbar, ein Fall ist nur unvollständig untersucht worden, in den übrigen neun Fällen, sowie in einem bis jetzt noch nicht veröffentlichten, in Strafsburg sezierten Fall von Lupus erythematosus, über den der Verfasser ausführlich berichtet, fand sich keine Spur von Tuberkulose. Dieses Ergebnis beweist, dafs die Einreihung des Lupus erythematosus unter die Toxituberkulide unrichtig ist. Denn wenn es sich bei dieser Affektion um ein Tuberkulid handeln würde, dann müfsten, wie Riehl mit Recht hervorhebt, in jedem wohldiagnostizierten Falle Zeichen florider oder abgelaufener Tuberkulose an der Leiche nachweisbar sein.

Götz-München.

Die Beziehung des Lupus erythematosus zur Tuberkulose, von Henry G. Anthony-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 10. Jan. 1903.) Des Verfassers Ansicht geht dahin, dafs der typische Lupus erythematosus discoides des Gesichtes eine lokale zu der Gruppe der Granulome gehörige Hautkrankheit ist, die mit der Tuberkulose nicht das mindeste zu tun hat. Alle Fälle von akutem Lupus erythematosus, die atypischen Fälle, die Fälle von Folliclis und die von Lupus erythematosus disseminatus dürfen zur Beantwortung der in Rede stehenden Frage nicht herangezogen werden. Diese Erkrankungen sind in der Regel nur symptomatische Äufserungen innerer Tuberkulose. Die Ergebnisse statistischer Untersuchungen hängen ganz davon ab,

was man unter Zeichen von Tuberkulose versteht und was man zum Lupus erythematosus rechnet. Die Statistik Roths ergibt in 63% der Fälle einen Zusammenhang mit Tuberkulose; Verfasser meint, wenn aus dieser Statistik alle zweifelhaften Fälle ausgeschaltet würden, bliebe nur noch in 26% ein Zusammenhang.

Die dem Vortrag folgende Diskussion zeigt, dafs auch in Amerika die Ansichten sehr geteilt sind. Vollständig ablehnend verhalten sich Corlett, Duncan-Bulkley, der unter vielen Hunderten von Fällen nur einen Todesfall an Tuberkulose sah, und Heidingsfeld; dieser sieht in den von manchen Autoren beschriebenen Übergangsformen von Lupus vulgaris und Lupus erythematosus diagnostische Irrtümer. Montgomery meint, in der Regel sei der Lupus erythematosus discoides nicht mit Tuberkulose vergesellschaftet, doch gäbe es Ausnahmen. Campbell und Weiss betrachten den Lupus erythematosus nicht als tuberkulöse Erkrankung, aber als eine Toxämie, bedingt durch die Toxine der Tuberkulose. Den extremsten Standpunkt nimmt Stelwagon ein, der die grofse Mehrzahl seiner Fälle von Lupus erythematosus in tuberkulösen Familien beobachtet haben will. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum, von A. Bayard. (Dissertation, Zürich 1903; aus der Privatpoliklinik von Dr. E. Heuss.) Es ist dies der zweite bis dahin in der Schweiz zur Kenntnis gelangte Fall dieser Affektion. Es handelt sich um ein 21jähriges gesundes Mädchen aus gesunder Familie, in der keine Hautaffektionen bekannt sind. Vom vierten Lebensjahre an traten bei demselben jeweils im Frühjahr und Sommer Erytheme, epheliden- und lentigoähnliche Pigmentflecke auf der Haut der unbedeckten Körperteile auf. In den folgenden Jahren vermehren sich diese Pigmentflecke; unter mehr weniger entzündlichen (einmal erysipelasartigen) Erscheinungen kommt es zu auffallender Trockenheit und Rissigwerden der Haut. Im Frühling beginnen ekzemartige Erkrankungen von Haut und Augenschleimhaut und führen stellenweise zu Epithelwucherungen und malignen Tumoren. Die Blutuntersuchungen ergaben in Übereinstimmung mit den Befunden anderer Autoren eine geringe Verminderung des Hämoglobingehaltes und der roten Blutkörperchen, dagegen vermifste B. jede Vermehrung der weifsen Blutkörperchen. Therapeutisch erwies sich das Resorcin (10—20%ige Salben) als sehr wirksam. Verfasser gibt sodann eine detaillierte Beschreibung des histologischen Befundes seines Falles in den verschiedenen Stadien. Er fafst das Krankheitsbild in folgenden Sätzen zusammen: Das Xeroderma pigmentosum beruht auf angeborener Disposition. Eheschliefsungen unter nahen Blutsverwandten kommen in 12,5% der Fälle vor. Die Affektion befällt häufig die Augen und deren Umgebung, und zwar lassen sich in den Augenerkrankungen die gleichen Entwicklungsstadien nachweisen wie auf der Haut. Die Blutbefunde unter den verschiedenen Autoren (Okamura, Riecke, Heuss) decken sich nicht und lassen sich wohl kaum durch funktionelle Störungen der Haut (Okamura), wie sie die Ausdehnung des Krankheitsprozesses bedingen soll, erklären. *C. Müller-Genf.*

Idioneurosen.

Beitrag zur Pathologie und Therapie des diabetischen Pruritus vulvae, von A. Lorand-Karlsbad. (*Policlinique.* 1903. No. 6.) Nach den Erfahrungen L.s ist der Pruritus vulvae in der Mehrzahl der Fälle diabetischen Ursprungs. Der Diabetes wird nur sehr oft nicht diagnostiziert, weil es sich vielfach um leichte Fälle handelt, bei denen die Zuckerausscheidung minimal ist oder nur nach besonders kohlenhydratreicher Nahrung auftritt. Als Ursachen des diabetischen Pruritus vulvae kommen drei Faktoren in Betracht: in erster Linie kann der zuckerhaltige Urin, der zudem

oft abnorm viel Harnsäure enthält, infolge des chemischen Reizes, den er auf Haut und Schleimhaut ausübt, Pruritus hervorrufen. Weiterhin aber muſs man annehmen, daſs im Blute der Diabetiker Substanzen kreisen, welche auf die Nervenendigungen toxisch und reizend wirken und dadurch an verschiedenen Stellen, beim Weibe mit Vorliebe an der Vulva, Pruritus erzeugen. Endlich kann bei Diabetikern durch nervöse Veranlagung Pruritus verursacht werden. — Zur Behandlung empfiehlt L. Applikation von purem Naftalan oder 10%iger Anästhesin-Lanolinsalbe. Auch die innerliche Verabreichung von Natrium salicylicum verdient versucht zu werden. Unerläſslich ist natürlich eine entsprechende Allgemeinbehandlung, sorgfältigste Hautpflege und Bekämpfung innen etwa bestehender chronischer Obstipation. *Götz-München.*

Über den Juckausschlag im Kindesalter, von Julius Zappert-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1903. No. 4.) Z. schildert in seinem Vortrage noch einmal ausführlich den Strophulus infantum in seinem Auftreten und Verlauf. Er will die Bezeichnung „Strophulus" allgemein eingeführt wissen, nicht weil er damit eine grundsätzliche Trennung des Leidens von der Urticaria aussprechen will, sondern will eine einheitliche, in der Dermatologie unverwendete Bezeichnung für einen Zustand einführen, der durch seine Häufigkeit und Symptomatologie eine Sonderstellung verdient. Das Leiden ist enorm häufig und tritt hauptsächlich auf im ersten bis vierten Lebensjahre, wobei die untere Altersgrenze für das Auftreten desselben in dem fünften bis sechsten Lebensmonat zu verstehen ist. Keine Rasse scheint bevorzugt zu sein; Heredität und Familiarität spielen keine allzu groſse Rolle, eine Unterscheidung des Geschlechts konnte Z. nicht beobachten. Charakteristisch ist das anfallsweise, rezidivierende Auftreten; die Sommermonate begünstigen scheinbar das Leiden. Meistens bilden sich die Knötchen des Abends oder in der Nacht. Lieblingssitze des Strophulus sind die Lendengegend oberhalb der Nates, die Streckseite der Oberschenkel, die Wände der Achselhöhle, die Beugeseite der Handwurzel und die Knöchelgegend der Füſse; aber auch alle anderen Körperstellen werden befallen. Die Form des Ausschlages ist eine recht mannigfaltige; gewöhnlich handelt es sich um hanfkorn- bis linsengroſse, hellrote Knötchen mit stark injizierter Umgebung; die Knötchen persistieren erheblich länger als reine Urticariaquaddeln, zeigen in ihrer Spitze häufig ein kleinstes Bläschen: mitunter wird das Knötchen durch eine varicellenähnliche Pustel ersetzt, oder es treten bullöse, mitunter dem Erythema nodosum ähnliche Formen auf. Alle diese Formen können bei demselben Individuum gleichzeitig oder hinter einander bestehen. Als Begleitsymptome erwähnt Z. vor allem den quälenden Juckreiz mit zeitweiliger vorhergehender prodromaler Schlaflosigkeit; ferner ist ein sehr wichtiges Merkmal die Störung der normalen Darmfunktion, von der einfachen Appetitlosigkeit bis zu dem Katarrh. Ein selteneres Begleitsymptom sind Änderungen in der Entleerung und Beschaffenheit des Urins, die mitunter auftreten, wenn auch Albuminurie und Glykosurie nicht zu erwarten sind. Z. will ein abschlieſsendes Urteil erst nach genaueren Urinuntersuchungen fällen. Anämie und Rhachitis, die Dentition, die Impfung spielen nach Z. nicht die ihnen häufig zugeschriebene Rolle. Was die Ätiologie und Pathogenese des Strophulus anbelangt, so faſst Z. denselben als eine den ersten Lebensjahren eigentümliche Krankheit auf, die sich durch das rezidivierende Aufschieſsen juckender Knötchen oder Bläschen auf der Haut charakterisiert, häufig von Störungen seitens des Intestinaltraktes begleitet wird und vielleicht durch Resorption abnormer Darmfäulnisprodukte bedingt ist. Was die Differentialdiagnose anbetrifft, so ist die Unterscheidung von Floh- und Wanzenstichen häufig sehr schwierig. Ferner kommen in Frage: Varicellen, Rubeolen, Pemphigus, Herpes zoster, Lues hereditaria, Erythema nodosum; auch zu Verwechslung mit Prurigo kann der Strophulus Anlaſs geben, deren Beziehungen zu einander Z. dahin zusammenfaſst, daſs der Strophulus ein der Prurigo nicht gleich-

zustellendes Leiden der frühesten Kindheit darstellt, aus dem sich nur in ganz seltenen Fällen das schwere Krankheitsbild der Prurigo entwickeln kann (? D. Ref.). Die Urticaria pigmentosa kommt nach Z. hier nicht in Frage. Die Prognose ist im allgemeinen günstig. Was die Therapie anbelangt, so bevorzugt Z. eine den Digestionsapparat beeinflussende Therapie. Z. verwendet in erster Linie Kalomel, ferner eine zwei- bis dreiwöchentliche Kur mit Karlsbader Wasser; auch Ichthalbin und Menthol kommen in Frage. Zur Bekämpfung des Juckens empfiehlt Z. Betupfen mit 1—2%igem Salicylspiritus, Salicyltalkpuder, von den Salben: das Baby cosmétique, Zinkpaste, Schwefelzinkpaste, Naphtolsalbe. Ferner Zinkpflastermull, Teerseife; innerlich auch noch zur Beruhigung Antipyrin. *Putsler-Danzig.*

Die Behandlung des Juckens, von Edward Bennet Bronson-New York. (*St. Louis med. Journ.* April 1903.) Bringt nichts Neues.

M. Levor-Frankfurt a. M.

Sekretionsanomalien.

Die Pathologie der Chromidrosis, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 1902. No. 24.) Auf Grund mehrfacher Beobachtungen von roter Chromidrosis und der genauen Untersuchung eines Falles, in welchem die Schweifsabsonderung vom rechten Vorderarm eine intensiv gelbbräunliche Färbung hatte, kommt Verfasser zu folgenden Ergebnissen: Die Chromidrosis ist nicht, wie der Name sagt, eine Anomalie der Schweifssekretion. Nach der beschränkten Zahl der in der Literatur niedergelegten Fälle zu urteilen, ist die Affektion aufserordentlich selten, soweit die durch gelbe, braune, sowie schwarze, blaue, grüne Färbung charakterisierten Formen in Betracht kommen. Rote Chromidrosis ist ein gänzlich anderer und keineswegs seltener Typus des Leidens, dem eine äufsere Ursache, wahrscheinlich die Infektion mit einer Art des Erythromicrococcus tetragenus, zu Grunde liegt, und der antiparasitären Mitteln weicht. Bei den gelbbräunlichen Formen ist, soweit die Untersuchung eines Falles mafsgebend ist, der ausgeschiedene Farbstoff in Wasser, Alkohol, Äther etc. unlöslich, in Chloroform leicht löslich, macht in Leinwand unaustilgbare Flecke, zeigt, mit den gewöhnlichen Reagentien behandelt, keine Reaktion, ist amorph homogen und von harziger Beschaffenheit. Die mikroskopische Untersuchung der erkrankten Hautpartie ergab normale Beschaffenheit der Schweifsdrüsen, Fehlen von Talgdrüsen, Hyperkeratose um die Öffnungen der Haarfollikel und Pigmentanhäufungen in der Gegend der Haarfollikel, im Stratum corneum, den tieferen Schichten des Rete, sowie in der benachbarten Cutis. Das Pigment ist in zellähnlichen Massen gruppiert, nicht feinkörnig und wird nicht wie die Chromophoren durch Wasserstoffsuperoxyd gebleicht. Die spektroskopische Prüfung des Farbstoffes zeigt keine Absorptionsstreifen, der Farbstoff ist also kein Abkömmling des Oxyhämoglobins. Eine genaue chemische Untersuchung wurde nicht vorgenommen. Berücksichtigt man den mikroskopischen Befund, das Fehlen der Talgdrüsen, die normale Beschaffenheit der Schweifsdrüsen, so sind die Fälle von sogenannter Chromidrosis (mit Ausnahme der roten Formen) als Anomalien der Pigmentation, nicht der Schweifssekretion anzusehen.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Saprophyten und Fremdkörper.

Tod durch Fliegenmaden (Myiasis externa), von Henneberg-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. No. 10.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 18. Februar 1903 berichtet H. über ein 20jähriges, total vernachlässigtes

Mädchen, welches an Weichselzopf, chronischem Kopfekzem und Geschwüren litt, die dicht mit Maden besetzt waren. An Sepsis ging die verwahrloste Patientin dann zu Grunde. Aus den Maden züchtete Verfasser dann eine grüne Schmeifsfliege Lucilia caesar. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mifsbildungen.

Ein Fall von Naevus papillaris pigmentosus progrediens (Ichthyosis hystrix), von S. Prissmann-Libau. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1902. No. 33.) Die Entwicklung des Naevus geht bei dem jetzt 26jährigen Manne bis in das zweite Lebensjahr zurück. Zunächst nur auf der rechten Seite, dehnte sich der Naevus nach und nach über die ganze rechte Rumpfhälfte aus, um erst später auch auf die linke Seite überzugreifen. Am Halse, an den Achselhöhlen und in der Taillengegend, also an Stellen, die Irritationen besonders ausgesetzt sind, besteht excessiveres Wachstum in Form geschwulstartiger Warzen- und Drüsenbildungen, während die übrigen Hautpartien nur grauschwarz, negerartig pigmentiert sind und die Hautfelderung auffallend deutlich wahrnehmen lassen. — Das Gesicht und die gesunden Stellen der Haut sehen fahlgrau aus, sind von fast kachektisch grauer Färbung. Schleimhäute und innere Organe anscheinend gesund. Das Wachstum des Naevus konnte Verfasser selbst beobachten. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Ein Fall von halbseitigem Talgdrüsennaevus, von Eugen Oppenheimer-Merklin. (Inaug.-Diss., Freiburg 1898.) Nach allgemeinen Bemerkungen über die Ätiologie der Systemnaevi schildert Verfasser einen Fall aus der Jacobischen Klinik. Der Naevus beschränkte sich auf die rechte Gesichtseite, man sah da warzige Gewebswucherungen, die 3—4 mm über die übrige Hautoberfläche promenierend, stark zerklüftet, immerhin eine strichförmige, zusammenhängende Form erkennen lassen. Auch auf der Schleimhaut des rechten Gaumens waren Wucherungen. Mikroskopisch besteht die ganze Masse des Naevus eigentlich aus Talgdrüsen, zwischen denen sich ein sehr dünnes Netz von Bindegewebe resp. elastischem Gewebe ausbreitet. Diese Art von Naevi ist bisher wenig beobachtet.

Bernhard Schulze-Kiel.

Naevus pigmentosus der Conjunctiva und Cornea, von Eugen Oppenheimer. Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 8.) Bei einem 75jährigen Herrn stellte Verfasser folgenden Befund fest, der von Geburt an unverändert bestehen soll: Auf der Bindehaut und zur Hälfte auf der Cornea des linken Auges sieht man einen glatten, lappenartigen Wulst, der den Umfang der Cornea fast zu zwei Dritteln umgreift. Die Masse fühlt sich weich an, liegt fest und nicht unterminierbar der Unterlage auf. Die Farbe ist tiefschwarz. Das Auge ist reizlos und nicht druckempfindlich, es sollen auch nie Beschwerden bestanden haben. Temporalwärts in der Bindehaut sitzen zwei hellere, bräunliche, aber nur kleine Melanome. — Der Fall beweist, dafs selbst monströse Naevi stationär und gutartig bleiben können.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Ein Fall von Naevus des behaarten Kopfes und der Nase, mit Heifswasserinjektionen behandelt, von Freder. Griffith-New York. (*New York med. Journ.* 2. Mai 1903.) Nach der Methode von Wyeth, welcher die koagulierende Wirkung der Heifswasserhitze zur Behandlung von Naevi verwandte, injizierte Gr. in die Geschwulstmasse am Kopf bei dem sieben Monate alten Kinde ca. 4 g sterilisierten Wassers von 65—75° C., und zwar ohne Beihilfe eines Anästhetikums. Es stellte sich in der Weise eine Reaktion ein, dafs das Mal eine dichte, weifsliche, cystische Geschwulst wurde, welche offenbar schmerzte. Nach drei Tagen war die Schwellung fast

verschwunden, ebenso der Schmerz (das Kind rieb nicht mehr); es wurden in Intervallen von drei bis vier Tagen weitere Einspritzungen (10 gtt. bis ca. 4 g), in das Mal der Nase nur solche von 10 gtt. und zwar mit grofser Vorsicht gemacht. Eine weitere Entwicklung der Geschwulst wurde verhindert, und die Nase zeigt nun ein befriedigendes Aussehen (siehe Abbildung). In keinem Falle wurde die Hautoberfläche durch die Hitze der Injektionen geschädigt. Die Hauptgefahr bei dieser Methode ist die Embolie. Gr. glaubt jedoch, dafs dieselbe dadurch überwunden werden kann, dafs das Wasser bei der Injektion dem Siedepunkt nahe ist, wobei rasche und feste Gerinnung erfolgt. (Über eine definitive Heilung ist nichts berichtet. Ref.)

Stern-München.

Universeller Naevus, von Hutton. (*Brit. med. Journ.* 31. Jan. 1903. S. 255.) Der Zustand ist zumeist angeboren. Im Gesicht zeigt der Patient drei grofse, bläulich verfärbte Gefäfstumoren. Eine gröfsere Zahl von kleineren Tumoren befindet sich auf der Brust und am Abdomen. Am stärksten befallen sind die Arme, insbesondere der rechte. Derselbe ist von dicken Gefäfswülsten förmlich umschnürt. Der Mittelfinger der rechten Hand ist atrophisch. Auch die unteren Extremitäten zeigen den nävoiden Zustand, allerdings nicht so hochgradig wie die oberen.

C. Berliner-Aachen.

Beitrag zur Kenntnis von dem Ursprung und dem Bau der Naevuszellen und Naevustumoren, von J. H. Zaaijer. (Dissertation, Leiden 1903.) In dieser längeren Arbeit gibt der Verfasser zunächst eine historische Übersicht über den Gegenstand, worauf die histologische Beschreibung einer Reihe von Präparaten folgt, aus denen er folgende Schlufsfolgerungen zieht: Die nävogenen Zellen sind veränderte Hautepithelien, also ektodermalen Ursprungs. Sie verändern sich höchstwahrscheinlich nicht zu Bindegewebszellen. Was die Chromatophoren anbelangt, so haben dieselben einen verschiedenen Ursprung, sofern man unter ihnen im Corium liegende, pigmentierte Zellen versteht. Die alveolären Naevotumoren sind histogenetisch Carcinome. Sie können sich auf zwei Arten entwickeln, entweder aus präexistierenden Naevuszellen oder unmittelbar aus der Keimschicht der Epidermis. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von kongenitalen Bildungsanomalien: Intrauterine Belastungsdeformitäten der unteren Extremität; Anonychia und Onychatrophia congenita, von A. Most-Breslau. (*Med. Central-Ztg.* 1903. No. 8.) In der medizinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur, 30. Januar 1903, zeigt M. neben einem Klumpfufs mit Kontrakturen der Knie- und Hüftgelenke, abnormer Rotation der Unterschenkel und Defekten der Patella am selben Kinde, eine Anomalie der Nägel. An beiden Händen ist die Nagelsubstanz auffallend mangelhaft entwickelt, an den Daumen ist das Nagelbett nagellos, die Zeigefinger zeigen fast keine Nagelsubstanz, während die anderen Finger auf ihrem Nagelbett einen bald schmäleren, bald breiteren, flacheren oder höheren Längswulst aufweisen, an dessen Seiten sich mehr oder weniger ausgesprochene Spuren von Nagelsubstanz zeigen. Vier Geschwister dieses Kindes sind mit demselben Defekt der Fingernägel zur Welt gekommen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Urologische Mitteilungen, von Jos. Preindtsberger. (*Wien. klin. Rundsch.* 1903. No. 3.) Ein 12jähriger Knabe erlitt eine Ruptur der Urethra; es trat Retention ein. Perineum, Scrotum, untere Bauchdecken schwollen stark an. Inzision der Bauch-

decken, Eröffnung der Blase. Urethrotomia externa nach Einführung einer Leitsonde vom Orificium internum aus, ausgedehnte Spaltung des überall vom Harn durchtränkten Gewebes, Bloßlegung der Urethralwunde, Einlegen von Drainröhren von dem Perineum und von der Blasenwunde aus. Heilung.

Bei einem 14jährigen Mädchen mit schmerzhafter tuberkulöser Cystitis wird die Sectio alta gemacht, die kranke, gewucherte Blasenschleimhaut mit dem Löffel abgeschabt, ein polypenartiger Wulst exzidiert. Ein Jahr später war die Operationswunde völlig geheilt, die Schmerzen sind geschwunden; beim Herumgehen besteht Harnträufeln.

Ein 16jähriger Knabe mit starken Harnbeschwerden wird der Sectio alta unterzogen. Man findet eine nußgroße Schrumpfblase. Anlegung einer Bauchdeckenfistel.

Die Steinsonde wies bei einem 32jährigen Patienten ein Konkrement nach. Die Sectio alta ergab, daß es sich um ein inkrustiertes Papillom handelte. Dasselbe wurde mit der Schere abgetragen. Heilung.

Im Februar 1900 wurde bei einem 16jährigen Patienten ein Uratstein durch Sectio alta entfernt. Im November desselben Jahres zwangen starke Beschwerden zur Wiederholung der Operation. Man fand eine stark gewulstete, gerötete Schleimhaut, die zum Teil inkrustiert war. Excochleation. Tamponade. Heilung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Hermaphroditen, von Theodor Landau-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. No. 15.) Im Anschluß an einen ausführlich geschilderten Fall von wahrem Hermaphroditismus bei einer 28jährigen Witwe, die Verfasser operierte, indem er das hypertrophische Genitalorgan abtrug, spricht Verfasser eingehend über die Schwierigkeit der Geschlechtsbestimmung beim Zwitter und die unangenehme Lage, in die man dabei als Gutachter kommen kann. Nach Verfassers Ansicht verhält sich der Gutachter am besten so, daß er in denjenigen Fällen von Hermaphroditismus, in denen mit unseren Hilfsmitteln eine Entscheidung nicht angängig ist, im Sinne des Preußischen allgemeinen Landrechts die Wahl des Geschlechtes dem betreffenden Individum nach Eintritt der Pubertät überläßt, damit in humaner Weise diese unglücklichen Leute vor Konflikten mit der eigenen Psyche und eventuell mit den Sitten- und Strafgesetzen verschont bleiben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von echtem Hermaphroditismus, von Garrè-Königsberg i. Pr. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 5.) Bei einem 20jährigen als Knabe aufgewachsenen Individuum waren in den letzten Jahren Zweifel an seinem Geschlecht rege geworden. Seine Brüste hatten sich stark entwickelt, und aus dem Genitale waren regelmäßig alle vier Wochen Blutungen erfolgt. Die Untersuchung ergab im allgemeinen weiblichen Habitus; es fand sich ein stark entwickelter, unperforierter Penis, schlaffe, gut behaarte Geschlechtsfalten, die eine Öffnung umschlossen, von der aus man mit mittelstarkem Katheter in die Blase gelangte. Vom Rectum aus fühlte man links zwei taubeneigroße, gegen einander verschiebliche Körper, rechts nichts Sicheres. Rechts aber fand sich vor dem Leistenkanal gelagert ein ovoider, taubeneigroßer Körper. Um zu einer Entscheidung des Geschlechts zu gelangen, wurde eine Probeinzision auf diesen vor dem Leistenkanal gelegenen Körper vorgenommen. Der lokale Befund und die an exzidierten Partien vorgenommene mikroskopische Untersuchung zeigten, daß der größere Teil der Drüse ein Hoden war, dem kappenartig ein kleinerer Knoten, ein Ovarium, aufsaß. Außerdem wurde eine Tube mit Parovarium, sowie ein Vas deferens mit Epididymis vorgefunden. — Das gleichzeitige Vorhandensein von Hoden und Ovarium, beide histologisch gut ausgebildet, charakterisiert den Fall als wahren, d. h. glandulären Hermaphroditen. Es ist dies wohl der erste Fall, in dem

beim Lebenden sowohl grob anatomisch, wie histologisch an frischen Präparaten Testis und Ovarium bei demselben Individuum nachgewiesen werden konnten.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Ein Fall von echtem Hermaphroditismus beim Menschen, von R. Zander. (*Anat. Anzgr.* 1903. No. 1.) Der durch eine deutliche Abbildung auch dem leiblichen Auge näher gerückte Befund war folgender: Die äufseren Geschlechtsteile waren leicht mifsbildete männliche Organe. Die Urethra durchbohrte das Glied nicht, sondern mündete hinter der Wurzel des Penis. Vor dem äufseren Leistenring rechts fand sich eine Vorwölbung wie ein Bruch. Ihr Inhalt erwies sich als Hoden, Nebenhoden, Samenleiter, Eierstock, Eileiter und Nebeneierstock. Bei der Palpation vom Mastdarm aus fühlte man Gebilde, welche man wohl als linken Hoden und Eierstock zu deuten vermöchte. Im Eierstock liefsen sich wohlgebildete Primärfollikel deutlich erkennen.

Hopf-Dresden.

Zwei Fälle von Konträrsexualität, von William S. Barker-St. Louis. (*St. Louis courier.* April 1903.) B. führt eingangs an, dafs die Ärzte von heutzutage nur zu sehr die wichtige Rolle unterschätzten, welche perverse oder abnorme sexuelle Triebe bei der Entstehung vieler nervöser Störungen spielten; viele Fälle von Selbstmord und Mord seien sicher auf solche ursprüngliche Perversität zurückzuführen. Als Beleg dafür dient der eine Fall von B., wo von zwei homosexuellen Freunden der eine heiratete, und der zweite so lange von Eifersucht geplagt wurde, bis er den früheren Freund und Genossen, und dann sich selbst erschofs. In dem zweiten Falle handelte es sich um weibliche Homosexualität; das Nervensystem des jungen Mädchens wurde (noch durch verkehrte religiöse Schwärmerei) so zerrüttet, dafs die Symptome — Aphasie, Lähmung, Nahrungsverweigerung — eine Apoplexie vortäuschten; die psychische Behandlung brachte hier baldige Heilung.

Stern-München.

Über zwei Fälle von Urogenitaltuberkulose, von Charl. Greene Cumston-Boston. (*New York. med. journ.* 30. Mai 1903.) Um in anschaulicher Weise die Entstehungsweise dieser tuberkulösen Lokalisation, wofür nun allgemein zwei Typen, eine aszendierende und eine deszendierende Form, angenommen werden, zu demonstrieren, führt C. zwei charakteristische Fälle für diese Pathogenese an. Bei ersterer Form ist der Ausgangspunkt der Nebenhoden oder die Tuben, bei letzterer sehr häufig die Nieren; die absteigende Form ist häufiger bei den Frauen, die aufsteigende bei den Männern. Bei dem einen der Patienten, einem 30jährigen Manne, welcher viele Jahre an Lungentuberkulose litt, schien es C. zweifellos, dafs von den Lungenherden aus durch den Blutstrom der Hoden ergriffen wurde; hier blieb der Prozefs eine zeitlang stationär, ging dann durch die Lymphwege auf Samenstrang und -bläschen über; Prostata, sodann Ureter und rechte Niere waren die weiteren Angriffspunkte. Die Cystitis, welche sich schliefslich noch einstellte, führte C. darauf zurück, dafs die Blase erst von der Niere aus durch den Urin, der Tuberkelbacillen enthielt, infiziert wurde. Lokale Behandlung war offenbar zwecklos, die allgemeine (Höhenluft u. s. w.) verhinderte nicht, dafs Patient rasch zu Grunde ging. Bei dem zweiten Falle, einer 27jährigen Frau, war vor Jahren eine Exstirpation tuberkulöser Axillardrüsen vorgenommen worden, es stellte sich aber ein Rezidiv ein, und, wie C. glaubt, von diesem aus eine Infektion der Nieren (auf dem Weg der Lymphgefäfse), und weiterhin ein tuberkulöses Geschwür der Blase u. s. f.; die Nierenexstirpation wurde zwar vorgenommen, doch starb Patientin zwölf Tage später an Erschöpfung. Autoptischer Befund beider Fälle. In prognostischer Beziehung hält C. die aszendierende Form der Tuberkulose im allgemeinen für günstiger wie die deszendierende, da die operative Behandlung dort leichter auszuführen und eine frühzeitige Diagnose viel eher möglich ist.

Stern-München.

Über Verwendung von Methylenblau bei Erkrankungen der Harnwege, von Alexander Białobrzeski. (*Gas. lekarska.* 1903. No. 11.) Verfasser hat während zwei Jahren Methylenblau bei verschiedenartigen Erkrankungen der Harnwege angewandt und teilt die Krankengeschichten von zwölf Fällen mit, auf Grund deren er zu folgenden Resultaten gelangt: Die besten Erfolge erzielt man bei Anwendung von kleinen Methylenblaudosen in Fällen von katarrhalischen Prozessen in der Blase und in den Harnwegen; ebenso günstig, aber nicht so prompt, sind die Erfolge bei eitrigen Prozessen traumatischer Natur. Bei blennorrhoischen Erkrankungen kommen oft Rezidive vor, doch sind auch hier die Resultate ziemlich günstig; bei tuberkulösen Prozessen konnte Linderung der Schmerzen konstatiert werden; bei Schwächezuständen der Blase — bedeutende Besserungen, ohne restitutio ad integrum. Verfasser hebt besonders die bedeutende schmerzstillende, antiphlogistische und fäulniswidrige Wirkung des Mittels hervor. *Leo Feuerstein-Bad Hall.*

Helmitol, ein neues Harnantiseptikum, von J. F. Müller. (Dissertation, Zürich, 1903.) Verfasser zieht aus den Resultaten seiner Untersuchungen, die er in den Laboratorien der Herren Dozenten Heuss und Silberschmidt-Zürich vorgenommen hat, folgende Schlufsfolgerungen: Wenn auch das Helmitol (anhydromethylencitronensaures Hexamethylentetramin) kein Universalmittel gegenüber jeder Cystitis ist, so ist es doch den besten Blasenmitteln, speziell dem Urotropin, nicht nur ebenbürtig, sondern überlegen, wie dies aus den klinischen und bakteriologischen Untersuchungen hervorgeht. Selbstverständlich dürfen auch hier die individuellen und kausalen Umständen nicht aufser acht gelassen werden. Das Mittel wird in täglichen Dosen von 4—6—8 g verabreicht und vom Magen gut vertragen; bei hohen Dosen tritt gerne Neigung zu Diarrhoe ein. Es wirkt stark diuretisch. In einigen Fällen, wo die innerliche Verabreichung nicht genügte, wurde das Helmitol in 1—2%iger erwärmter, wässeriger Lösung zu 100—200 ccm in die Blase injiziert, wo sie zwei bis acht Stunden lang belassen wurde. Helmitolinjektionen lokal bei Blennorrhoe waren ohne Erfolg. *C. Müller-Genf.*

Die Behandlung der kongenitalen Phimosis, von J. F. Woodyatt. (*Brit. med. Journ.* 7. März 1903.) Da die Phimosis mehr durch eine Spannung der Schleimhaut als durch Kontraktion der Haut selbst bedingt ist, so schlägt Verfasser statt der Circumzision folgendes Verfahren vor. Man hält den Penis zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand und zieht die Vorhaut so weit als möglich zurück, sodann schneidet man mit einer scharfen Schere in der rechten Hand durch die kontrahierte Schleimhaut von vorn nach hinten bis zur Corona glandis; etwaige Verwachsungen werden gelöst, alles Smegma entfernt. Die Naht wird in der Weise angelegt, dafs das vordere Ende der Inzision mit dem hinteren durch Nähte verbunden wird; dasselbe geschieht auf der anderen Seite, so dafs der Schnitt zwar ein longitudinaler war, die Naht aber transversal wird. Durch dieses Verfahren bleibt der Glans noch eine Hautdecke erhalten. *C. Berliner-Aachen.*

Der Gichttripper, von Karl Scherk-Homburg. (*Reichs med. Anzgr.* 1903. No. 7.) Es wird in vorliegender Mitteilung eine Krankengeschichte zur Erhärtung der Tatsache, dafs es wirklich einen uratischen „Tripper" gibt, angeführt. Der Kranke ist ein 54jähriger, erblich mit Gicht belasteter Herr, welcher bei einem Anfall nach 14tägigem Genufs von Homburger Elisabethquelle eine akute Harnröhrenentzündung acquirierte. Vierzehn Tage vorher Coitus. Gonokokken waren trotz exakter Untersuchungen nicht zu finden. Dauer des Ausflusses, der eitrig profus war, nur drei Tage. Der Verfasser schliefst, dafs es sich bei der Harnröhreneiterung um eine Reizung der Schleimhaut durch harnsaure Konkremente oder Sedimente gehandelt haben müsse. *Hopf-Dresden.*

Über Druckspülungen der Harnröhre und ihre verschiedenartigen Indikationen, von Oblipski-Halberstadt. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 90.) Verfasser stellt die Druckspülungen in die erste Reihe der Tripperbehandlungsmethoden, und zwar aus drei Gründen: sie bringen die Harnröhrenschleimhaut zu völliger Entfaltung und bringen das gonokokkentötende Agens in alle Schlupfwinkel, sie wirken weit milder auf die Harnröhre und ihre Adnexe als die Einspritzungen, und die mit den Spülungen erzielte Heilung ist eine viel vollkommenere und endgültigere; die Rezidivtendenz eine viel geringere. — Die Spülungen sind aber nach des Verfassers Erfahrungen auch bei anderen Krankheitszuständen von günstigem Einfluſs, besonders bei Spermatorrhoe und Prostatorrhoe, sowie bei krankhaften Samenverlusten und bei Enuresis nocturna. Hier sind medikamentöse Zusätze überflüssig, Spülungen mit kaltem oder heiſsem Wasser genügen meist, um in kurzer Zeit gute Erfolge zu erzielen, ohne daſs — wie bei anderen Methoden — die Kur den Patienten angreift.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Der Verweilkatheter. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 24.) Der Artikel, in welchem die Technik bei der Applikation des Verweilkatheters und die Indikationen für die Einführung desselben besprochen werden, enthält nichts Neues.

Götz-München.

Periurethraler Abscefs durch Harnsäurekristalle in den Lakunen der Harnröhrenschleimhaut verursacht, von R. F. Chance. (*Brit. med. Journ.* 11. April 1903.) Ein 54jähriger, früher stets gesunder Mann bemerkte im Juli 1900, daſs sein Urin dunkel wurde. Der Zustand verschwand nach einiger Zeit. Im November desselben Jahres trat häufiges Urinieren besonders in der Nacht, später Schmerz in der rechten Weiche und an der Penisspitze auf. Den Urin konnte er immer ohne Beschwerden lassen. Im Januar 1901 stellten sich plötzlich beim Stuhlgang Schmerzen im Anus ein, die nach dem Penis hinausstrahlten. Das Glied schwoll an und zeigte an einer Stelle eine deutliche Härte. Steine in der Harnröhre konnten nicht nachgewiesen werden, wohl aber wurden im Urin Harnsäurekristalle gefunden. Schlieſslich vereiterte die harte Stelle und wurde eröffnet. In dem Eiter waren Harnsäurekristalle nicht nachweisbar. Dennoch glaubt Verfasser, daſs irgend ein spitzer Kristall die Eiterung verursacht hat.

C. Berliner-Aachen.

Die Urethrotomia externa vom Standpunkt des allgemeinen Chirurgen, von John C. Munro-Boston. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 1902. No. 17.) Rückblick auf 50 Fälle, in denen die Urethrotomia externa ausgeführt wurde. In der Hälfte der Fälle waren Strikturen die Veranlassung zur Operation, in der anderen Hälfte Urininfiltration, Fisteln, traumatische Rupturen der Harnröhre, Prostatahypertrophie u. s. w.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Ein Fall von Blasenruptur, von H. Lawrie. (*Brit. med. Journ.* 28. Febr. 1903.) Ein 20jähriges Mädchen war überfallen und zu Boden geworfen worden. Bald darauf klagte es über Schmerzen in der Blasengegend und war aufser stande, zu urinieren. Die Retentio urinae hielt bis zum nächsten Tage an. Der dann mittels Katheters abgelassene Urin war gering an Menge und enthielt rote Blutkörperchen. Da sich in dem Allgemeinbefinden bedrohliche Erscheinungen einstellten, so schritt Verfasser zum Suprapubikalschnitt und konstatierte eine Blasenruptur. Erst nach wiederholter Operation und Vernähen des Risses wurde dauernde Heilung erzielt.

C. Berliner-Aachen.

Spontanzertrümmerung eines Blasensteines, von Leonhard Görl-Nürnberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 14.) Bei einem 57jährigen, sehr fetten Mann, bei dem die cystoskopische Untersuchung das Vorhandensein eines höckrigen, roten, 2:1 cm grofsen Harnsäuresteines ergeben hatte, verschwanden während einer ener-

gischen Entfettungskur, während der der Patient täglich 2 l eines lithionhaltigen Mineralwassers trank, die durch den Stein hervorgerufenen Beschwerden vollständig: die cystoskopische Untersuchung ergab, dafs nunmehr zwei kleine Steine nebst zwei schalenförmigen Fragmenten vorhanden waren. Die beiden Steine gingen in Zwischenräumen von circa fünf Wochen spontan ab, die nach Abgang des zweiten Steines vorgenommene Cystoskopie zeigte, dafs die Blase vollständig frei von Konkrementen war. — G. glaubt, dafs in diesem Falle die veränderte Lebensweise die Ursache der Spontanzertrümmerung war, indem sie eine völlig andere Beschaffenheit des Urins herbeiführte und dadurch den Gehalt des Steines an löslichen Bestandteilen änderte; möglicherweise fand mit der Auslaugung der Salze auch eine Quellung der organischen Einschlüsse des Steines statt. Dafs der Urin des Kranken harnsäurelösende Eigenschaften besessen haben mufs, geht daraus hervor, dafs aufser den beiden Steinen keine Fragmente abgegangen sind. *Göts-München.*

Die Entdeckung von Nieren- und Blasensteinen vermittels der X-Strahlen, von Henry Perkins Moseley-New York. (*New York med. journ.* 7. März 1903.) Kurze Betrachtung über die Erfolge der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen zur Eruierung von Blasen- und Nierensteinen. Nur die Radiographie (nicht die Fluoroskopie) gibt gute Resultate; als solche sind sie nur dann zu bezeichnen, wenn eine gute Differenzierung zwischen den Geweben möglich, wenn die Umrisse der Wirbelkörper, die Zwischenwirbelräume, die processus transversi und spinosi, die letzten Rippen, und wenn der Psoas, der M. iliacus internus und der. M. quadratus lumborum auf dem Negativ wohl erkennbar sind. Die Untersuchung wird so gemacht, dafs der Patient flach auf dem Rücken liegt und der Schild der Röhre 45—60 cm vom Nabel entfernt sich befindet. Der Patient mufs vorher ebenso präpariert werden wie vor einer Coeliotomie (möglichste Entleerung des Darms). Fette Patienten sind schwierige Untersuchungsobjekte, selbst bei noch so guten Apparaten und Röhren. Irrtümer in der Erklärung der negativen Bilder sind möglich: a) bei fehlerhaften Platten, b) Luftblasen in denselben, und c) besonders Luft in den Darmteilen verursacht oft Schatten, welche fälschlich für Steine gehalten werden. Oxalat-, Phosphatsteine und die Kombinationen der verschiedenen Harnsalze geben gewöhnlich gute Bilder. Die Erkennung der Steine in Nieren oder Uretheren ist schwieriger, sie sind meist Oxalate und Phosphate mit einem Harnsäurekern und von ziemlicher Gröfse. Der Patient legt sich dabei besser auf den Bauch, die Platte wird unter ihn gelegt, möglichst nahe an die Blase, diese sollte am besten völlig leer sein, um ihren trügerischen Schatten abzuhalten. Zum Schlusse bringt M. noch die Ansichten einiger anderer Gewährsmänner über die Erfolge der Radiographie bei genannten Steinleiden nebst kurzen Berichten. *Stern-München.*

Suprapubikale Cystotomie, von J. Scott. (*Brit. med. Journ.* 14. Febr. 1903.) Bei einem fünfjährigen Knaben, der Beschwerden beim Urinieren hatte, entdeckte Verfasser mittels der Sonde einen Stein durch die suprapubikale Cystotomie, und wurde derselbe aus der Pars prostatica urethrae entfernt. *C. Berliner-Aachen.*

Die halbe Symphyseotomie, von Diehl-Berneck. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 14.) Der Verfasser machte bei einer Primipara mit allgemein verengtem Becken, als sich der kindliche Schädel nach der Kephalotripsie nicht verkleinerte und nicht extrahiert werden konnte, die „halbe" Symphyseotomie, d. h. er durchtrennte die obere Hälfte des Symphysenknorpels; durch die Erhaltung des unteren Knorpelteiles sollte das weite Klaffen der Schambeinäste und damit die Sprengung des Beckengürtels vermieden und eine raschere Verwachsung der durchtrennten Partie ermöglicht werden. Die Extraktion des Kindes gelang, ohne dafs die untere Hälfte des

Knorpels gesprengt wurde; drei Wochen post partum konnte die Frau das Bett verlassen und bald darauf wieder die gewohnte schwere Feldarbeit verrichten.

Götz-München.

b. *Hoden und Samenbläschen.*

Zur Operation der Retentio testis inguinalis, von LOUYARD. (*Centralbl. f. Chir.* 1903. No. 8.) Nach Durchschneidung der Haut und der Fascie des Obliquus externus wird der Hoden vorgezogen und bis noch in den Leistenkanal hinauf der Samenstrang mobilisiert: dann wird der Hoden in den Grund des stumpf erweiterten leeren Hodensacks gebracht und nun am tiefsten Punkte des Hodensacks ein 2—3 cm langer Hautschnitt gemacht, in den man ein etwa zehnpfennigstückgrofses Segment des Hodens hineindrängt; dies wird durch sechs bis sieben Fäden an die Haut ringsum fixiert; diese Fäden läfst man lang und befestigt sie mit Heftpflasterstreifen an der Innenseite des Oberschenkels. Auf diese Weise kann man eine gute Extension auf beide Gebilde ausüben und das Hinaufgleiten des Hodens verhindern.

F. Hahn-Bremen.

Supraskrotale Operation wegen Varicocele mit Ligatur der Arteria spermatica, von STYLES POTTER-New York. (*New York med. Journ.* 2. Mai 1903.) P. hebt eingangs seiner instruktiven Arbeit hervor, dafs Varicocele weit häufiger Störungen allgemeiner Natur verursache, als meist angenommen werde, und daher viel gröfsere Aufmerksamkeit erheische, als dies bis jetzt der Fall gewesen sei. Die Varicocele übt durch die mangelhafte Blutzufuhr (Ernährung) zu dem Testikel einen sehr schädigenden Einfluſs auf dessen physiologische Funktion aus; die weiteren Folgen sind dann allgemeine Schwäche, Anämie, in vielen Fällen Neurasthenie verschiedenen Grades. Ist die Varicocele doppelseitig, so entsteht vorzeitige Greisenhaftigkeit mit deren Begleiterscheinungen (Abnahme der geistigen, physischen und psychischen Kräfte). Ein häufiges Symptom, auch bei einseitiger Varicocele, ist totale Unfähigkeit, einen normalen Geschlechtsakt auszuüben, was wahrscheinlich eher auf eine nervöse Schwäche, als auf irgend welche pathologische Veränderungen in den Testikeln zurückzuführen ist; die weitere Folge ist dann sexuelle Hypochondrie. 50% der mit Varicocele behafteten Individuen haben nach P.s Ansicht selbst keine Kenntnis von deren Vorhandensein, bis sie darauf hingewiesen werden, ca. 20% der Patienten haben erhebliche Beschwerden, und nur 25% der Leute, welche ihr Leiden kennen, suchen ärztliche Hilfe auf. Nächtliche Ejakulationen, vorgeschrittene Hypochondrie, Monomanie, Melancholie oder andere Neurosen geben nun die Hauptgründe zur Operation des verursachenden Leidens, der Varicocele, ab. Aufserdem führt P. noch folgende als Indikationen zur Operation an: 1. Sehr grofse Varicocele, welche zur merkbaren Mifsbildung wird; 2. Schmerzen in der Geschwulst oder hartnäckige Reflexneuralgie; 3. hartnäckige Hautveränderungen am Scrotum; 4. Atrophie des affizierten, Erkrankung des anderen Hodens; 5. doppelseitige Varicocele, welche die Geschlechtsfunktion ernstlich gefährdet; 6. Komplikation mit Hernia oder Hydrocele; 7. rasche Volumszunahme; 8. die Absicht, in öffentliche Civil-, Heer- oder Marinedienste zu treten u. a. m. Im allgemeinen waren die Hauptmethoden der letzten Jahre die offenen, wobei durch das Scrotum die Inzision gemacht, die Venen exzidiert und deren Enden unterbunden werden. BRADLEY hat vor kurzem die sog. suprapubische Methode eingeführt, welche P. nun in elf Fällen mit bestem Erfolg erprobt hat, und wofür er obige Bezeichnung (suprascrotale) wählte. Die Inzision wird über dem äufseren Leistenring wie bei einer Hernie gemacht, Venen und Samenstrang durch dieselbe gezogen und erstere getrennt, unterbunden und exzidiert. Als Vorteile dieser Methode führt er an, dafs sie eine weit genauere Entfernung der kranken Teile ermöglicht, weniger Zerrung an diesen

nötig macht und die Blutung auf ein Minimum reduziert. Die Verhältnisse sind ferner leichter zu übersehen, so daſs die Operation in der halben Zeit wie die mit Öffnung des Hodensackes gemacht werden kann, und schlieſslich sind die Verbände viel leichter anzulegen, die Gefahr der Infektion durch Verschieben der letzteren ist eine sehr geringe. Die Hauptgefahren der Varicocele-Operation sind Scrotal-Hämatocele, Phlebitis und septische Infektion, seltener Thrombose und Embolie. Drei seiner operierten Fälle führt P. in kurzem an, sie betreffen junge Männer im Alter von 22—27 Jahren; nach der Operation läſst er die Patienten durchschnittlich sieben Tage im Bett, dann wird sorgfältigst eine Bandage angelegt und mäſsige Bewegung erlaubt; nach ca. 14 Tagen nehmen sie meist ihre Beschäftigung wieder auf. *Stern-München.*

c. *Prostata.*

Die Prostatitis intestinalen Ursprungs. Vortrag von Noguès, gehalten in der Assoc. française d'Urologie, 1902. (Nach *Journ. d. pratic.* 1903. No. 23.) Vom Rektum aus können durch die Blut- und Lymphgefäſse Mikroorganismen in die Prostata gelangen und, ohne daſs eine Urethritis bestände, eine Entzündung der Vorsteherdrüse erzeugen. Diese Prostatitis intestinalen Ursprungs beginnt ganz schleichend mit Vermehrung und Schmerzhaftigkeit der Miktionen. Eine Vergröſserung der Prostata oder eine Veränderung in ihrer Form oder Konsistenz tritt meistens überhaupt nicht ein, dagegen kommt es zu einer intrakapsulären Eiterung. Man kann dieselbe konstatieren, wenn man nach vorausgegangener Urinentleerung und Ausspülung der Pars anterior urethrae die Blase mit Borwasser füllt, die Hälfte der eingeführten Flüssigkeitsmenge wieder ausurinieren läſst, dann die Prostata kräftig massiert und hernach die Blase vollends entleeren läſst. Wenn im Innern der Drüse eine Eiterung besteht, dann wird die nach der Massage entleerte Flüssigkeit trüb sein, während die vorher entleerte klar war. — Eine Prostatitis intestinalen Ursprungs kann sekundär auch eine Urethritis herbeiführen. *Götz-München.*

Prostatahypertrophie, von A. H. Watkins. (*Brit. med. Journ.* 28. Febr. 1903.) Der Verfasser beschreibt einen Fall von Prostatahypertrophie bei einem 60jährigen Manne, der mit vollständiger Retentio urinae ins Hospital kam. Seit ein bis zwei Wochen kann der Harn nur mittels Katheters abgelassen werden. Die Einführung desselben ist stets von leichter Blutung begleitet. Anzeichen von Cystitis waren noch nicht vorhanden. Verfasser entschloſs sich deshalb zur sofortigen Operation. Es wurde der suprapubikale Schnitt gemacht und die vergröſserte Prostata nach P. Freyers Methode mit dem Finger enukleiert. Die Operation war von nachhaltigem Erfolge begleitet. *C. Berliner-Aachen.*

Über die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, von W. Thomson-Dublin. (*Brit. med. Journ.* 10. April 1903.) Der Verfasser wirft einen historischen Rückblick auf die Behandlung der Prostatahypertrophie, insbesondere auf die verschiedenen Methoden der operativen Eingriffe zur Beseitigung der durch die vergröſserte Prostata verursachten Beschwerden. Er beschreibt dann einige nach P. Freyers Methode behandelte Pälle aus der eigenen Praxis und weist auf folgende Wahrnehmungen hin:

1. Die lateralen Prostatalappen sind am häufigsten die Ursache des Hindernisses.

2. Der Umfang der Prostata, die man per Rectum fühlt, gibt uns kein Bild von den intravesikalen Konturen.

3. Die Gröſse der Prostata steht nicht immer im Verhältnis zu den Harnbeschwerden. Die Vergröſserung kann eine mäſsige und doch die Attacken von Retentio urinae und Cystitis schwere sein.

4. Je kleiner der Tumor, desto schwieriger ist verhältnismäfsig seine Enukleation nach der Freyerschen Methode. *C. Berliner-Aachen.*

Über die operative Behandlung der durch die Prostatahypertrophie hervorgerufenen Hindernisse in der Urinentleerung, von F. A. Southam. (*Brit. med. Journ.* 18. April 1908.) Der Verfasser bespricht an der Hand eigener Erfahrungen die verschiedenen Methoden zur Beseitigung der schweren Erscheinungen bei Prostatahypertrophie. Auch er hält Freyers Methode für einen unschätzbaren Fortschritt in der Behandlung der adenomatösen Form der Prostatahypertrophie.

C. Berliner-Aachen.

Meine letzte Serie von 25 Fällen der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie, von Albert Freudenberg-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1908. No. 16, 17, 18, 19.) Ausführliche Beschreibung sämtlicher 25 Krankengeschichten mit epikritischen Bemerkungen. Das Resultat ist: 20 Heilungen, 4 wesentliche Besserungen, 1 Mifserfolg, kein Todesfall, was jedenfalls zur Nachprüfung ermutigt, wenn man die Technik gut beherrscht, was nicht leicht ist und viel Übung verlangt. Nach F.s Ansicht ist die Behandlung der Ischuria prostatica durch die Bottinische Operation eine der dankbarsten chirurgischen Aufgaben geworden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Harnverhaltung geheilt durch die Bottinische Operation, von R. Dubot-Brüssel. (*Ann. Policlin. centr.* Jan. 1908.) Der mitgeteilte Fall bietet nichts Bemerkenswertes. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Verschiedenes.

Über Hautdesinfektion, von H. Bonhoff. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 32. No. 8. 9.) Verfasser prüfte alkoholische Lösungen eines Kresolpräparats (Bacillol 1—8%) und eines Quecksilberpräparats (Sublamin 1—3‰) auf ihre Brauchbarkeit für die Händedesinfektion und fand dieselben viel brauchbarer als den Alkohol allein resp. die wässerigen Lösungen der Desinfizientien. Besonders erwies sich der 3‰ige Sublaminalkohol als sehr geeignet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Geschichte und Bedeutung der Geschlechtserkrankungen, von M. Wolters. (*Ztschr. f. Krankenpflege.* 1908. No. 12.) Eine klare Darstellung der Geschichte und Bedeutung der Sexualleiden, wobei besonders die zu geringe Würdigung der Blennorrhoe betont wird. Die soziale Wichtigkeit dieser Krankheiten wird in kurzen Zügen vorgeführt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 37. No. 10. 15. November 1903.

Über Beizenfärbung.

Von

Dr. A. Pappenheim-Hamburg.

Mit einer Abbildung im Text.

Die Zahl der künstlichen Teerfarbstoffe ist Legion; ein relativ geringer Bruchteil von ihnen, immerhin aber doch eine stattliche Zahl haben bereits Bürgerrecht in der mikroskopischen Technik gefunden. So erstaunlich die Erfolge der alten Forscher waren, die mit relativ schwachen Linsen an ungefärbten Rasiermesserschnitten oder Abstrich- und Zupfpräparaten die Grundlagen der mikroskopischen Anatomie errichteten, so kann man doch getrost sagen, dafs die enorme Detaillierung unseres histologischen Wissens und die ungeahnte Erweiterung unserer Kenntnisse von der normalen und pathologischen Anatomie und Physiologie der Zelle durch die Verwendung der Anilinfarbstoffe in der mikroskopischen Technik erzielt worden ist. Ihre Anwendung in der feineren Histologie beruht, wie bekannt, auf der Erstrebung spezifischer Färbungen für die morphologischen Individualitäten, sei es, dafs die Differenzierung direkt nach dem Prinzip der verschiedenen chemischen Affinität (Elektion, Chromatophilie) oder regressiv nach dem der gröfseren oder geringeren tinktoriellen Energie und Echtheit erreicht wird.

Nach der Art ihrer technologischen Anwendung unterscheidet man in der industriellen Färberei substantive und adjektive (lackbildende) Farbstoffe, welch letztere erst mittels einer Beize, d. h. nur auf der gebeizten Faser, anwendbar sind, indem der gewünschte Färbungseffekt (Farblack) erst auf der gebeizten Faser durch Anfärbung der Beize zur Entwicklung gebracht wird. Der chemischen Konstitution nach teilt man die Farbstoffe nach ihren spezifischen chromophoren Gruppen ein, während die haptophoren Gruppen lediglich den elektrochemischen Charakter des Farbstoffes bestimmen und die Verankerung mit den Gewebsmolekülen vermitteln. Es sind stets dieselben haptophoren Gruppen, welche wir bei allen Klassen von Farbstoffen wiederfinden, und welche durch Hinzutritt zu einem wesentlich blofs aus einem Chromophor bestehenden gefärbten Kern den

gliederlosen Rumpf zu einem anfärbenden und am Gewebe haftenden Farbstoff machen. Es sind dieses in erster Linie die basische Amido (NH_2), und die saure Hydroxyl- oder Oxy(OH)gruppe, und entsprechend sind die Benzolfarbstoffe entweder Amine oder Phenole.

Ein Farbstoff färbt nun um so echter und besser, je ausgesprochener sein chemischer Charakter ist; in erster Linie also je mehr solche Haftradikale und verankernde Gliedmafsen am Farbkörper vorhanden sind. Hierdurch wird natürlich das Molekül gröfser; es gilt daher das Gesetz, dafs ein Farbstoff um so echter färbt, je gröfser und komplexer sein Molekül ist. Je gröfser das Molekül, um so dunkler ist oft auch in optischer Beziehung seine Nuance, um so geringer ist seine chemische und physikalische Löslichkeit in den verschiedenen Medien und Reagentien. Die physikalische Echtheit eines Farbstoffes und seiner Färbungen beruht wesentlich auf der Gröfse des Chromogenmoleküls, die chemische Echtheit auf der Zahl seiner Haptophore, also der Ausgesprochenheit seines chemischen Charakters.

Es ist klar, dafs ein Nebeneinander von basischen Amido- und sauren Hydroxyl- oder (Karboxyl)gruppen der chemischen Echtheit Abbruch tun und einen eigenen, amphoteren Charakter des Farbstoffs bedingen mufs.

Die histologischen Eigentümlichkeiten solcher amphoteren Farbstoffe sind noch wenig erforscht. Es gehören hierher Chromgrün, Muscarin, Prune, Indophenol[1] u. a. Jedenfalls färben auch sie, trotz der Menge der Haftgruppen und der Dunkelheit der Nuance, das fixierte Präparat unecht und sind daher wohl eher physiologisch für vitale Färbungen, als histologisch verwertbar. Ebenso unecht und also für histologische Differenzierungen unbrauchbar sind die Farbstoffe mit nur einer haptophoren Gruppe (Chinone und Chinonimide). Sie sind histologisch „indifferent" und wirken nach L. Michaelis nur physikalisch färbend (sich lösend) als Fettfarbstoffe, wie Oxyazobenzol, Buttergelb, Sudan.

Auch die chromophore Gruppe selbst, der die Haptophore erst sekundär anhaften, kann verschiedene Gröfse und verschiedene elektrochemische Tendenz aufweisen. Hierdurch erklärt sich einmal, dafs Farbstoffe verschiedener Klassen mit gleicher Anzahl haptophorer Gruppen verschiedene Nuance haben, wie Methylenblau und Neutralrot. Ferner färbt ein Farbstoff mit basischem Haptophor an mehr elektronegativem Chromophor weniger echt (Acridinrot, Pyronin), wie wenn dasselbe Haptophor an mehr elektropositivem Chromophor säfse (Neutralrot, Methylenblau).

Es gibt auch Farbstoffe mit mehreren Chromophoren. Es sind dieses die der azotierten Farbbasen, wie Janusgrün, Indoinblau, bei denen die Azogruppe als zweites Chromophor zu einem schon vorhandenen ersten

[1] Auch Thionol, Safranol, Methylenrot.

hinzukommt. Ferner gehören hierher die Alizarinchinoline, bei denen der Chinolincharakter zu dem Alizarincharakter hinzutritt.

Unter den Farbstoffen mit nur einem Chromophor sind also die echtesten jene, die ein grofses Chromophor und eine grofse Anzahl haptophorer Gruppen einheitlichen chemischen Charakter besitzen, und bei denen der elektrochemische Charakter der Haptophore homogen und adäquat ist der elektrochemischen Tendenz des Chromophors.

Unter Lack versteht man die in indifferenten physikalischen Lösungsmedien und in elektrochemisch wirkenden differenten Medien (Basen, Säuren) sehr schwer löslichen „ersten" Verbindungen eines Farbstoffes mit einer ihm elektrochemisch konträren Beize.

Es gilt nun das Gesetz, dafs diejenigen Farbstoffe die echtesten und unlöslichsten Lacke geben, welche selbst auch so an und für sich am schwersten löslich sind. Wir fassen den Färbeprozefs als einen physikalisch-chemischen Lösungsvorgang auf. Nach dem Prinzip der starren Lösungen löst sich ein basischer Farbstoff bei direkter substantiver Färbung in einem basophilen (sauren) Substrat, oder bei adjektiver Beizenfärbung in der sauren Beize. Eine Färbung kommt also stets dann zu stande, wenn die Lösungsaffinität des sich anfärbenden Mediums oder Substrats gröfser ist, als die des den Farbstoff in Lösung haltenden Menstruums. Bei der Färbung eines Substrats wird von diesem der Farbstoff aus seinem Lösungsmenstruum gewissermafsen ausgeschüttelt. Auf dem gleichen Prinzip beruht umgekehrt auch die Entfärbung bei regressiver Differenzierung, bei der der Farbstoff relativ unecht sein mufs gegenüber dem physikalisch oder chemisch wirkenden Extrahens.

Ein Farbstoff ist nach unseren Ausführungen um so wertvoller und brauchbarer, je gesättigter seine Nuance ist, je echter er färbt. Nach dem Prinzip corpora non agunt nisi fluida, kann ein Farbstoff nur in gelöster Form aktiv sein und färberisch verwertet werden. Es ist klar, dafs Medien mit hohem Lösungskoeffizienten nicht ohne weiteres zur Färbung aller beliebiger Substrate angewendet werden können, da die Lösungsaffinität letzterer zu gering ist, um ihn dem stark lösenden Menstruum zu entreifsen. (Allein basophile Mastzellenkörner entziehen sogar der gefärbten Essigsäure den basischen Farbstoff, und eosinophile Körner retinieren den sauren Farbstoff selbst gegenüber dem Glycerin.) Es wird also für gewöhnlich nur einfaches Wasser als Lösungsmittel in Anwendung kommen dürfen. Man färbt substantiv schlechtweg in wässeriger Lösung. Da nun die höchstmolekularen Farbstoffe mit komplexem Molekül in Wasser nicht löslich sind, so sind dieselben für die gewöhnlichen substantiven Färbungen eigentlich verloren. Andererseits

kommen für die gewöhnlichen substantiven Färbungen überwiegend mehr oder weniger unechte diffusible Farbstoffe von kleinerem Molekularvolumen in Betracht, und somit sind die üblichen substantiven Färbungen samt und sonders mehr oder weniger unecht; in der histologischen Färberei vollends ist eine spezifische Differenzierung ja nur infolge der relativen Unechtheit der Färbung gegenüber dem Extrahens möglich. Je nach der graduell differenten Chromatophilie der einzelnen Substrate sind für den bestimmten Zweck die Farbstoffe in ihrer Affinität und die Extrahentien in ihrer Lösungsavidität abzustufen und abzustimmen.

Während wir wissenschaftlich die Farbstoffe nach ihrem Chromophor in verschiedene Klassen einteilen, und bei jeder Klasse basische Amine- und Farbkarbolsäuren unterscheiden, unterscheiden wir in der histologischen Praxis mehr äufserlich schlechtweg zwischen basischen und sauren Farbstoffen, ausgehend von der Tatsache, dafs die verschiedenen basischen und sauren Farbkörper der verschiedenen Farbstoffklassen im grofsen und ganzen prinzipiell gleichwertig sind, sich histologisch annähernd gleich verhalten und nur in feineren Einzelheiten differieren.

Im allgemeinen sind fast alle färbbaren Substrate mit allen basischen und sauren Farbstoffen färbbar, indessen färbt sich Wolle leichter, besser und echter mit sauren Farbstoffen, während die stärker saure Seide eine höhere Lösungsavidität für basische Farbstoffe hat. In der Histologie färben die sauren Farbstoffe (soweit sie wasserlöslich sind) diffus Kern und Cytoplasma, während die basischen eine besondere Affinität zu dem Kernchromatin aufweisen, dieses zuerst färben und Extrahentien gegenüber nach stattgehabter Kernfärbung länger Resistenz leisten als nach Cytoplasmafärbung. Es ist diese Einteilung nach dem chemischen Charakter der accidentellen Haptophore in Farbbasen und Farbsäuren also eigentlich eine mehr äufsere, ganz als wenn man die Lebewelt in Männchen und Weibchen einteilte, statt in Tierklassen mit Individuen männlichen und weiblichen Geschlechts. Jedenfalls beruhen die spezifischen Differenzen der individuellen Chromatophilie der Substrate auf der essentiellen Sonderheit der Chromophore. Die verschiedensten basischen Farbstoffe führen alle die nämlichen Amidogruppen, färben alle Bakterien, Mastzellenkörner und Kerne. Bestehen also irgendwo Besonderheiten und Abweichungen, so mufs der Grund in der Besonderheit des Chromophors zu suchen sein.

Die Farbkörper sind sämtlich Benzol-, (Chinon-) [oder Pyrrol]derivate;[2] dieselben führen entweder blofs einen, oder mehrere Benzolringe. Mehrere

---

[2] Letztere technologisch und histologisch noch gar nicht erforscht. Pyridinfarbstoffe sind nicht bekannt.

Benzolringe können entweder durch C, N, N = N und CO, bezw. CN* verkuppelt sein, oder als gedoppelte (Naphtaline und Chinoline) Ringe auftreten. Auch die gepaarten Ringe können wieder mit einander oder mit einfachen Benzolringen durch C, O, N, N = N und CO verkuppelt sein. Werden diese Körper an einer zweiten Stelle durch O, S, SO_2, CO oder N nochmals verkuppelt, so resultieren dreifache, und, wenn Naphtaline mit Benzolen oder Chinoline mit Naphtalinen so verkuppelt werden, vierfache bis fünffache Ringe. Derartige Komplexe bilden den eigentlichen chromophoren Kern, bezw. das Chromogen. Tritt hierzu eine bis mehrere haptophore (Amido-, Oxy-)Gruppe, so resultiert ein Farbstoff. Wie die schwächsten und wenigsten gefärbten (indifferenten) Farbstoffe nur eine oder sehr wenig haptophore Radikale führen und entsprechend sich auch nur schwach verankern können, unecht und diffusibel sind, so geben die Chromogene aus nur einem Benzolring nur schwach gefärbte Farbstoffe; je gröfser aber das Molekül wird, um so schöner gefärbt wird der Farbkörper bei Hinzutritt von Haptophoren, um so schwerer löslich ist es aber, um so echter aber auch seine Färbungen.

Wir würden also unterscheiden:**

I. Einfachste Benzol-, Naphtalin- und Chinolinfarbstoffe, Amido-, Oxyderivate derselben; hierher die sogen. Nitro- und Nitrosefarben, die Oxychinone etc.;

II. durch CO, CN, C, N, N = N einfach verkuppelte (offene) Benzol-, Naphtalin-, Chinolinfarbstoffe;

III. durch CO <> O
CO <> CO
C <> O, C <> S
C <> N
N <> O, N <> S, N <> SO_2
N <> N doppelt gekuppelte (Antracen) Dreifachringe von Benzolen, Naphtalinen und Chinolinen.

IV. Antrachinone (und Acridine) einfach oder doppelt mit einfachen, doppelten oder dreifachen Ringen gekuppelt.

Zu II gehören die Chromogene
der Benzophenone, Ketonimide, (Diamido-Triphenylmethane, Auramine);
der Diamido- und Triamido-Triphenylmethane (Rosaniline und Rosolsäuren) und der Azokörper, ferner
der Indamine und Diphenylamine.

---

* Auramin.
** Es ist dieses ein ganz neues Einteilungsprinzip.

Zu III entsprechend die Chromogene
der Xanthone, Diketone (Lactone, Alizarine) und Alizarinchinoline;
der Pyronine, Fluoresceine und Phtaleine, Thiopyronine und Thioeosine;
der Acridine;
der Oxazine und Thiazine und ihrer Sulfone;
der Azine (Exrhodine), Phenylazine (Safranine) und Induline.

Es ist klar, dafs wir sub III die dunkelsten, echtesten und komplexesten Farbstoffe zu erwarten haben werden.

Die elektrochemische Tendenz der Chromogene hängt ab von der Natur ihrer chromophoren Gruppen. Während N elektropositive (basische) Tendenz hat, neigen C, SO und CO Karbonyl- und Karboxyl-, Lacton-, Keton- und Chinongruppen mehr zur elektronegativen Seite. Es ist klar, dafs die Chromogene mit doppelter C—N-, N—O-, N—S-Kuppelung selbst auch noch mit C—O-Kuppelung in sich weniger homogen gebaut sind, als die Chromogene der Xanthone, Alizarine und Azine mit CO—O-, CO—CO- und N—N-Kuppelung. Während das Alizarin- (Diketon-) chromogen in Verbindung mit vielen sauren (OH) Haptophoren die kräftigsten sauren Farbstoffe liefert, finden wir bei den Orthochinonazinen, speziell den Indulinen, ferner den Polyazofarben, die dunkelsten und echtesten basischen Farbstoffe. Indulinchromophore mit sauren Haptophoren liefern sehr unechte Farbkörper, ebenso wie die Amidoalizarine und Amidoalizarinchinoline unechter sind.

Wir fassen den Färbungsprozefs sowohl den substantiven wie den adjektiven nach Art einer chemischen lockeren (Doppelsalz) Bindung bezw. physikalischen (starren) Lösung auf. Eine etwaige Farbbase verbindet sich mit einer Säure, Farbsäure, Gewebssäure, sauren Beize, zu einer salzartigen Verbindung, färbt dabei diese Substrate sämtlich an, während sie selbst an und für sich mehr oder weniger ungefärbt ist. Der ungefärbte Farbkörper wirkt erst bei Salzbildung und dergl. farbgebend. Erst die Farbsalze (nicht die freien färbenden Prinzipien) sind selbstgefärbte Farbstoffe; zur Färbung ist eine Art chemischer Salzbildung erforderlich; eine Färbung beruht auf einer Art Salzbildung. Die Farbbase löst sich, sich salzartig mit ihnen verbindend, in Säuren, Farbsäuren, Gewebssäuren und sauren Beizen. Auf demselben Prinzip beruht die differenzierende regressive Entfärbung. Ob Färbung entsteht oder nicht, hängt, bei vorhandener chemischer Affinität und Lösungsavidität des zu färbenden Substrats, davon ab, ob seine Lösungsaffinität gröfser ist als die des den Farbstoff in Lösung haltenden Menstruums resp. des in Anwendung gelangenden auswaschenden Extrahens. Wir nehmen die üblichen Färbungen meist in einfach wässerigen Lösungen vor.

Da die freien Prinzipien, Farbbasen und Farbsäuren, einmal die definitive Farbe nicht erkennen lassen, andererseits schwerer wasserlöslich sind als die gefärbten Farbsalze, so kommen die künstlichen Farbstoffe meist als gut lösliche Farbsalze in den Handel, die basischen Farbstoffe als Acetate und Chloride, d. h. mit relativ schwachen Säuren verbunden, die sauren Farbstoffe als Natron- oder Kalisalze.[3]

Die Farbnuance hängt lediglich ab von dem färbenden Elektrion, nicht der indifferenten Salzkomponente. Es ist daher gleich, mit welcher Base oder Säure das färbende Anion oder Kation verbunden ist. Indessen ist die Dissoziierbarkeit dieser Salze eine verschiedene, je nach der elektrochemischen Avidität der betreffenden Base und Säure. Da bei der Färbung in Lösungen nach dem Prinzip der Jonentheorie eine Dissoziation der Farbsalze (am stärksten in wässeriger Lösung, weniger stark in stärkerem Menstruums [Alkohol, Glycerin, Anilin]) statt hat und statt haben muſs (da erst das aufzunehmende färbende Prinzip in Freiheit gesetzt werden muſs, und die in Freiheit gesetzten Farbbasen und Farbsäuren nunmehr in schwach saurer resp. schwach basischer Lösung gelöst sind, welche zugleich entfärbende Tendenzen hat), so ist es klar, daſs Färbung um so eher erfolgt, je stärker die Lösungsavidität des zu färbenden farbstoffbindenden Substrats, und je schwächer der elektrochemische Charakter des indifferenten Elektrions im Farbsalz gegenüber der dissoziierenden Kraft des Gewebes ist, weshalb ja auch bloſs Chloride und Acetate in den Handel kommen.

Dadurch erklärt sich auch das spezifische Verhalten des äuſserst schwer dissoziierbaren basischen Methylgrüns allein gegenüber der äuſserst und genügend starken Nukleinsäure.[4]

Man unterstützt demnach die Färbung mit basischen Farbstoffen, indem man entweder der Farbflotte zur Dissoziation der indifferenten Säure im Farbsalz Alkalien zufügt (färbt im Seifenbade [Nissl]) oder das zu färbende Substrat stärker ansäuert. Bei sauren Farbstoffen verfährt man umgekehrt.

---

[3] Basische und saure Farbstoffe sind also nicht elektropositiv oder sauer reagierende Körper, sondern Salze, deren färbendes Anion oder Kation lediglich basischen oder sauren Charakter hat. Allein die sauren Farbkörper kommen, wenn überhaupt als Salze, als neutrale Salze im Handel vor, bei den basischen Farbstoffen als neutrale Salze nur die schwach färbenden indifferenten, wenig wertvollen Monamidokörper (Chinonimide), die Polyamine dagegen als bloſs monacide basische Salze.

[4] Man muſs also bei der Färbung mit basischen Farbstoffen beachten, wie der Charakter des Chromophors beschaffen ist, ferner die Zahl der basischen Amidogruppen und hiernach den Grad der Basizität bestimmen. Unabhängig davon kommt in Betracht die basophile bindende Avidität des Substrats, die bei Mastzellenkörnern am gröſsten ist, und die freie stark dissoziierend wirkende Acidität der Gewebssäure, die wir z. B. beim Nuklein finden. Die schwachen Färbungen des Methylgrüns sprechen also nicht dafür, daſs Methylgrün ein schwacher basischer Farbstoff ist; andererseits ist Nuklein nicht so stark basophil wie Mastzellenkörner. Schwach basisch ist Pyronin, stark basisch Safranin.

Während die Farbbasen mit gewöhnlichen anorganischen oder organischen Säuren mehr oder minder leicht dissoziierbare basische Farbstoffe, die primären (HO) Farbsäuren mit Kalium und Natrium, saure Farbkörper liefern, bilden die (primären) Farbsäuren mit den Oxyden von Schwermetallen resp. deren dissoziierbaren Salzen Lacke, die in physikalischen Lösungsmitteln unlöslich, in chemischen äufserst schwer zersetzlich sind. Die adjektiven Lack- und Beizenfärbungen saurer Farbstoffe sind also sehr säureecht. Ähnliche, wenigstens physikalisch gleich schwer lösliche lackartige Verbindungen liefern die basischen Farbamine mit der Gerbsäure. Die Verbindungen der Farbsäuren mit den Oxydsalzen des zwischen Schwer- und Leichtmetallen stehenden Aluminiums sind schwer dissoziierbar aber wasserlöslich, die mit den Oxyden der Erdmetalle wasserunlösliche aber chemisch leicht zersetzliche Verbindungen, somit keine eigentlichen Lacke.

Die Farblacke sind gleich gefärbt wie die Farbsalze mit einfachen Säuren oder Alkalien, aber schwer löslich und sehr schwer dissoziierbar. Man kann daher nicht gut mit den Lacken selbst Lackfärbungen erzeugen, sondern entwickelt den Lack erst auf der Faser durch vorherige oder nachherige Applikation der Beize.

Als saure Beize für basische Farbstoffe kommt wesentlich die freie Gallusgerbsäure in Betracht. Auch ähnliche Körper wie diese geben festere Verbindungen mit Farbbasen, doch sind dieses nicht alle echte Lacke. Hierher gehört Resorcin, Pyrogallol, Hydrochinon, Phloroglucin; dafs schon Phenol eine Art löslichen Lackes bildet, ist aus der Tuberkelbacillenfärbung bekannt.

Ferner geben Phosphorwolframsäure und Phosphormolybdänsäure mit Farbbasen (Methylenblau, Bethe) lackähnliche Verbindungen. Das saure Metalloid Jod gibt mit Pararosanilinen (Unna) Lacke, wie die Gramfärbung zeigt.

Alle diese Körper geben auch mit Alkaloiden unlösliche Verbindungen.

Ähnlich wie Lacke verhalten sich die neutralen Farbkörper aus sauren Farbphenolen mit Farbbasen (M. Heidenheim), speziell die Verbindungen der Nitrophenole (Pikrinsäure) mit Phenylrosanilinen (Anilinblau, Nachtblau, Viktoriablau), Thiazinen (Methylenblau, Dogiel) und Indulinen.

Als basische Beizen verwendet man Salze der Schwermetalloxyde in wässeriger Lösung. Auch diese werden bei dem Beizungsakt dissoziiert und nur das beizende Prinzip von dem betreffenden Substrat aufgenommen. Je nach der Affinität der Substrate haftet die Beize Extrahentien gegenüber an verschiedenen Substraten verschieden fest. Je nach dem elektro-

chemischen Verhalten des betreffenden Metalls, und je nach dem chemischen Charakter des Farbstoffes sind die entstehenden Lacke verschieden festgefügt und echt. Je basischer das Schwermetall, je saurer der Farbstoff, um so echter der Lack.

Während Schwefel, Jod, Phosphor, Arsen, Chrom, Vanadium, Molybdän, Wolfram, Bor, Kohlenstoff, Antimon mehr weniger elektronegative Eigenschaften haben, sind Aluminium, Uran, Mangan, Eisen, Blei, Zinn, Wismut, Kupfer, Quecksilber, Palladium, Platin mehr weniger elektropositiv. Es scheint, dafs die Quecksilber-Platinlacke der Alizarine am echtesten sind, ebenso wie die Tannate der stärksten basischen Induline. Sehr unechte Lacke bilden die Aluminiumsalze der Farbsäuren; sie entsprechen etwa dem Karbolfuchsinlack auf der basischen Seite.[5]

Wir haben entwickelt, dafs die echtesten Farbkörper, d. h. die die echtesten substantiven und adjektiven Färbungen geben, in dem zur Färbung nötigen Wasser schwer löslich sind. Vielfach, meist, aber nicht immer, sind ihre salzartigen Verbindungen wasserlöslich, weshalb die künstlichen Farbstoffe meist als Farbsalze in den Handel kommen.

Die für die gewöhnlichen substantiven Färbungen in Betracht kommenden Farbstoffe (Rosaniline, Thiazine, Azine) sind fast sämtlich wasserlöslich (Ausnahme: Spritblau, Magdalarot); ihre Färbungen aber auch, wie wir sahen, relativ weniger echt, da ihre Chromogene nicht sehr homogen gebaut sind.

Am echtesten fanden wir von sauren Farbstoffen die Alizarine mit vielen sauren Hydroxyl-Haptophoren, und die basischen Induline mit vielen durchweg Amine repräsentierenden Haptophoren, dann dunkle Farbsalze, die sogar fast durchweg ebenfalls wasserunlöslich sind (Spritinduline). Die Salze der genannten sauren Farbkörper sind zwar wasserlöslich aber unbeständig und leicht dissoziierbar; da nun die zu färbenden Substrate von Natur nicht genügende Lösungskapazität (Oxyphilie?) für die stark sauren, schwer löslichen Alzarine besitzen, so bleibt das in Freiheit gesetzte dissoziierte Prinzip nicht in Lösung, sondern fällt aus und wird färberisch inaktiv, da es am Substrat substantiv nicht haftet.

Es kommen deshalb die hierhergehörigen Farbsäuren gar nicht erst als Salze in den Handel. Man verwendet sie als freie Säuren[6] ausschliefs-

---

[5] Weniger echte Verbindungen geben Jod, Tannin, Phosphorwolframsäure mit Farbsäuren (Hämatoxylin, Mallory) und Metallsalze (Chrom, Mangan) mit Farbbasen (Safranin). Sie entsprechen annähernd solchen chemischen Verbindungen wie es das chromsaure Chrom oder das übermangansaure Zink, das Phosphorkupfer, das Natriumamalgam, die Kieselwolframsäure und Arsenwolframsäure ist.

[6] Ebenso wie wir in der freien Gerbsäure die saure Beize für basische Farbsalze kennen gelernt haben, während die Metalloxydsalze als basische Beizen für freie Farbsäuren fungieren.

lich zur adjektiven Beizenfärbung in wässeriger Suspension. Die hierhergehörigen Farbalkohole und Karbonsäuren, wozu auch Hämatoxylin und Karminsäure gehört, sind die eigentlichen Beizenfarben κατ' ἐξοχήν, im Gegensatz zu den Farbphenolen der schwächer sauren und weniger komplexen Chromogene (Rosolsäuren, Eosine, Resorcinblau, Orcein).

Im Gegensatz dazu kommen die höchst echten basischen Farbkörper als Farbsalze wenn auch als wasserunlösliche, in den Handel.

Es sind dieses die verschiedenen Marken der Spritinduline. (Als etwas weniger echte basische Induline und geeignet für substantive Färbung, seien erwähnt das wasserlösliche Indazinblau und Paraphenylenblau.) Es entstehen also selbst bei der Lösung dieser echten freien Farbbasen in Säuren keine löslichen Verbindungen. Wie der Name sagt, sind aber die wasserunlöslichen Farbbasen und ihre unlöslichen Salze löslich in dem physikalisch stärker wirkenden Spiritus (wie solches auch beim Spritblau der Fall ist).

Physikalisch stärker Farbstoff lösend als Wasser, und daher auch stärker entfärbend und dissoziierend wirken Glycerin, Alkohol, Aniline (Kühne) und ähnliche Körper, ferner Glycerinacetat (Acetin) und Chlorhydrin. Auflösungen dieser Farbsalze in Acetin und Chlorhydrin kommen als Acetinblau und Chlorhydrinblau in den Handel. Wie gesagt aber ist die Farbstoffaufnahme aus solchen Lösungen sehr erschwert, und da bei der Färbung nach dem Prinzip der chemischen Salzbildung eine Loslösung des Farbsalzes, eine Lockerung und Befreiung des tinktoriellen Elektrions vorausgehen muſs, ist auch Acetinblau und Chlorhydrinblau substantiv nicht ohne weiteres histologisch verwertbar.

Es sind die Färbungen mit diesen höchst echten Farbstoffen von gröſstem histologischen Interesse, da wir hierdurch neue, von den üblichen substantiven Färbungen abweichende, mehr spezifische Ergebnisse zu erwarten haben. Bei der substantiven Färbung mit basischem Spritblau, Spritindulin, Acetinblau entstehen auſserordentlich differentielle Färbungen, da das Extrahens gewissermaſsen schon bei der Färbung selbst verwendet wird, ebenso wie bei der spezifischen Färbung der eosinophilen Granula nach Ehrlich in Glycerineosin, wo die starkaviden Granula allein von allen oxyphilen Substraten dem stark extrahierenden und farbstofflöslichen Glycerin gegenüber den Farbstoff entziehen und retinieren.

Während man die stärkst sauren, wasserunlöslichen Farbphenole (Alizarine) als freie Farbsäuren ausschlieſslich adjektiv zur Beizenfärbung verwendet, sehen wir, daſs die stärkst basischen Farbamine (Induline) selbst als wasserunlösliche Farbsalze substantiv in stark lösenden Menstruen verwertet werden können. Doch ist, wie leicht ersichtlich, diese substantive Art der Verwertung schwer löslicher Farbstoffe eine sehr beschränkte. Ein besseres Mittel ihre Färbeeigenschaft auszunutzen, beruht auf ihrer adjektiven Anwendung mittels Tannin.

Die Metalllacke der Farbphenole sind echter als die Tanninlacke der Farbbasen, selbst der stärksten basischen Spritinduline. Sind erstere meist alkali- und säureecht, so sind die Tannate in starken Säuren zersetzbar. Zwar ist auch der Eisenlack des Hämatoxylin in Salzsäure zerstörbar auf weniger beizaviden Substraten (cf. M. HEIDENHAINS und BENDAS Hämatoxylinfärbung), viel mehr aber ist dieses bei Tannaten der Fall. Ja die Tannate sind sogar in starken physikalischen Medien löslich, so in Acetin, besonders an sehr schwachen Farbbasen (Monamine der sauren Alzarinchromogene). Obwohl man also gewöhnlich auch die Tanninlacke auf der Faser entwickelt, kann man immerhin doch auch mit ihnen direkt in Acetin gelöst färben (Kattundruck). Hierbei tritt nicht eine Dissoziation des gerbsauren Farbsalzes ein, sondern der Lack wird in toto als solcher aufgenommen und verankert sich mittels der sauren Gruppen der färberisch indifferenten Gerbsäure im Substrat.[7] Auch in der Histologie hat man davon Gebrauch gemacht. Natürlich erhält man auch hier nur ganz bestimmte spezifische Färbungen besonders disponierter tanninavider und acetinresistenter Substrate im Gegensatz zu sonstigen progressiven substantiven Färbungen, bei denen sich alles mögliche mehr oder minder stark und echt färbt, und wo erst die regressive Differenzierung einigermafsen spezifische Färbung ermöglicht. Hierher gehört z. B. die Kokkenfärbung nach UNNA mit Vesuvintannatacetin.

Übrigens hat man auch neuerdings direkte Färbungen mit gelösten Eisenlacken von Farbphenolen selbst vorgenommen; so z. B. färbt ZACHARIAS mit Eisenkarminlack; WEIGERT färbt neuerdings Markscheiden mit einer Aufschwemmung von Eisenhämatoxylinat. (Encyklopädie der Mikroskopischen Technik, Urban & Schwarzenberg, 1903, S. 142.)

Wie die basischen Farbkörper in Säuren löslich sind unter Bildung von Farbsalzen und die basischen Farbsalze in einem Überschufs von Säure, so sind die neutralen (lackähnlichen) Farbstoffe aus farbsauren Salzen und Farbbasen löslich in einem Überschufs der Farbsäure (EHRLICH). Entsprechend sind die Tannate der Farbbasen löslich in einem Überschufs von Tannin, und schliefslich auch die Farblacke der sauren Farbphenole löslich in einem Überschufs der basischen Beize. Man macht hiervon bei dem Prinzip der differentiellen regressiven Beizenfärbung Gebrauch, indem man im Überschufs der Beize den Lack zum Teil wieder löst, also entfärbt und differenziert.

Während man substantive Färbungen basischer Farbstoffe in stärkeren Extrahentien oder in Säuren und sauren Farbstoffen (Fluorescein, CZAPLEWSKY) differenziert, saure Farbstoffe aber mit Alkalien extrahiert, löst man beizenziehende adjektive Lackfärbungen basischer Farbstoffe in einem

[7] Ähnlich verhält sich im Prinzip die Alaunhämatoxylinfärbung.

Überschufs der sauren Beize (oder starken Alkalien), die der sauren Farbstoffe im Überschufs der basischen Beize (oder in starken Säuren).

Man sucht auf diese Weise gewissermafsen den schwer löslichen Farbkörper in Säuren oder je nachdem in Alkalien zu lösen.[8]

Um leichtere Färbung zu erzielen, bildet man aus schwer löslichen Farbbasen tunlichst lösliche Farbsalze mit Addition von Säure (HCl, HNO_3, H_2SO_4 etc.). Ist das Farbsalz nicht wasserlöslich, so löst man es entweder in stärkeren Menstruen (Acetin, Chlorhydrin), oder man verwendet den Farbstoff zur adjektiven Färbung als Lackfarbe.

Man kann aber auch ein drittes Verfahren einschlagen um den gegebenen schwer löslichen Farbkörper zur substantiven Färbung zu verwerten.

Man kann in das Molekül selbst des Farbstoffes Chlor, Brom (Eosin, Resorcinblau), ferner Schwefelsäure und Salpetersäure einführen. Im letzten Fall entstehen sogenannte Nitrofarben und Sulfosäuren. Hierdurch erlangen die basischen Farbstoffe sofort stark saure Eigenschaften; es entstehen Nitroamine und Amidosulfosäuren.

Wir haben also aufser den primären Farbsäuren, den Farbphenolen, jetzt noch sekundäre Farbsäuren, die Nitro- und Sulfosäuren. Während die haptophore OH-Gruppe verstärkende auxochrome Wirkung auf das Chromophor ausübt, die schlummernde färberische Potenz des Chromogens aktiviert und das Chromogen überhaupt so erst zu einem aktiv färbenden Farbstoff macht, kann solches die Sulfogruppe nicht. Sie ist lediglich haptophor, nicht auxochrom. Ihr Zutritt zu einem Chromogen macht dieses nicht zum Farbstoff, sie darf vielmehr lediglich zu einem fertigen Farbstoff hinzutreten mit schon vorhandener auxochromer Gruppe.

Der Eintritt einer einzigen Sulfogruppe macht den stärksten basischen Farbstoff sofort zu einem sauren mit entgegengesetzten tinktoriell-chemischen Eigenschaften. Der Farbstoff wird ein Wollefärber und histologisch plasmophil; um so mehr natürlich, je mehr Sulfogruppen eintreten. Eine starke Sulfogruppe nivelliert sämtliche Amidogruppen völlig, sowie die besonderen Eigentümlichkeiten des Chromophors. Daher haben sämtliche Sulfofarben aller Farbklassen die gleichen Eigenschaften, die nun nicht mehr nach den Verschiedenheiten der Chromophore differieren, sondern sich infolge des Vorhandenseins der jetzt nur allein mafsgebenden stark sauren Sulfogruppe gleich verhalten.

---

[8] In einem Überschufs von Säure bilden sich aus polybasischen Farbbasen unbeständige polyacide (neutrale) Farbsalze. Nach unseren obigen Ausführungen kann man mit basischen Farbstoffen in saurer Lösung nicht gut färben, da die Säure gegenüber der relativ zu schwachen anzufärbenden Gewebssäure den Farbstoff zu stark in Lösung hält und ihn nicht abgibt.

Dabei bleibt bei der Sulfurierung der Farbbasen die Nuance erhalten, aus Fuchsin wird S. Fuchsin, aus Methylviolett Säureviolett, aus Malachitgrün Lichtgrün etc. Ferner aber wird der jetzt in einen Wollfärber umgewandelte Seidenfarbstoff noch stärker wasserlöslich, als er es etwa schon war. Die Farblösungen dieser Körper sind stark diffusibel, die Färbungen mit Sulfosäuren daher sehr diffus und unecht. War der Farbstoff vorher wasserunlöslich, so wird er jetzt wasserlöslich, um so stärker, je mehr Sulforadikale eingeführt werden, besonders also bei Trisulfosäure. Aus Spritblau entsteht Wasserblau, aus Spritindulin entsteht Indulin S. Entsprechend sind auch die neutralen Verbindungen der Sulfofarben mit Farbbasen diffusibler und wasserlöslicher als etwa die der Farbphenole, Eosin etc., oder Nitrophenole (Pikrinsäure) mit Farbbasen. Sie allein sind daher für direkte substantive Färbung mit neutralen Farbstoffen gut verwendbar (Ehrlichs triacide Verbindungen der Farbbasen), während die neutralen, schwer löslichen, lackartigen Farbstoffe aus Farbbasen mit Farbphenolen (Alizarin, Hämatoxylin Benda) oder beizenziehenden Phtaleinen (Coerulein, M. Heidenhain) ähnlich wie Lacke gewöhnlich erst auf dem Substrat erzeugt oder als die basische Verbindung der Farbsäuren verwendet werden müssen. Eine Sulfurierung solcher unlöslicher neutraler Farbsalze oder der Farblacke, um sie wasserlöslich zu machen, ist nicht bekannt.

Während die neutralen, substantiven Farbstoffe histologische Individualitäten bestimmter (unbekannter) neutrophiler Chromatophilie differentiell elektiv oder spezifisch färben, ist dieses bei der adjektiven Bildung solcher neutralen Farbstoffe nicht der Fall. Hier haftet an einem oxyphilen oder basophilen Substrat ein saurer oder basischer Farbstoff, und auf ihm addiert sich nachträglich, sich auf ihm niederschlagend, noch ein basischer oder saurer Farbstoff. Es entsteht allerdings ein sehr komplexes neutrales Farbenmolekül, welches Extrahentien stärkeren Widerstand leistet als der einfache Farbstoff und dadurch besondere, von den einfachen direkten Färbungen abweichende Effekte ermöglicht, aber die Veränderung geschieht nicht, wie bei der simultanen Färbung mit neutralen Farbstoffen an einem neutrophilen Substrat.

Von den Sulfosäuren basischer Farbkörper zu unterscheiden sind die Sulfone derselben. Diese bleiben Farbbasen, sind aber in der Basizität stets abgeschwächt (amphoter), ähnlich wie Amidooxykörper, Amidophenole, Oxyamine, Amidocarbonsäuren (Safranol, Chromgrün, Indophenol etc.), Nitroaniline etc.

Hierher gehört das histologisch hochinteressante Azurviolett von L. Michaelis, das Prinzip der Romanowskyschen Malariachromatinfärbung, eines Substrates von ganz besonderer chemischer Chromatophilie.

Wie es neben den schwach sauren Nitranilinen noch Nitrophenole, der eigentlich sauren Nitrofarben gibt, so kann sich die Sulfogruppe selbst-

redend auch zu primären Farbsäuren (Farbphenolen) hinzu summieren. Es entstehen hier die äufserst stark sauren Oxysulfosäuren, die aber bei den substantiven Farbstoffen auch keine anderen Eigenschaften besitzen wie bei den Amidosulfosäuren. Hierher gehören besonders die Oxyazosulfosäuren, Tropäolin, Orangesäure, die hochinteressanten polygenetischen Chromotrope etc.

Wir sahen, dafs die Farbphenole beizenziehend und lackbildend waren mit Metallsalzverbindungen, weniger die der schwächer sauren mehr basischen Chromophore, Aurine, Eosine, Phtaleine, am besten die der stark sauren wasserunlöslichen Alizarine. Erstere Farbsäuren, die meist substantiv verwendet werden und auch als zentralisierte mono- bis polybasische Farbsalze in den Handel kommen, sind daher nur fakultativ lackbildend, letztere aber obligatorische adjektive Beizenfarben. Es gilt nun das Gesetz, dafs durch Sulfurierung die Affinität für basische Beizen und das Lackbildungsvermögen geschwächt oder aufgehoben wird je nach der Zahl der Sulfogruppen. Aufgehoben wird es meist bei den substantiven, schwächer sauren Farbphenolen (Ausnahme: gewisse Oxyazosulfosäuren, Chromotrope etc.), abgeschwächt wird es bei den stark sauren Oxyalizarinen.

Zur Lackbildung besonders geeignet sind stets nur an und für sich schon echte schwer lösliche Farbstoffe; da durch Sulfurierung die Echtheit herabgesetzt und die Löslichkeit erhöht wird, wird auch die Affinität zu Beizen und das Lackbildungsvermögen herabgesetzt.

Wir haben also bei den unlöslichen Alizarinen ein Mittel, diese auch der substantiven Färbung zugänglich zu machen durch Sulfurierung. Der Farbstoff wird dabei wasserlöslich. Die Färbung wird allerdings recht unecht, weniger haltbar als bei den substantiven Sulfosäuren (hierher: Alizarinblau S., Coerulin S. etc.). Trotzdem bleibt das Lackbildungsvermögen erhalten, wenn auch in abgeschwächterem Mafse als zuvor. Die Lacke der Sulfoalizarine sind aber weniger echt als die der nicht sulfurierten Alizarine. Wir haben also durch die Sulfurierung ein Mittel, die wasserunlöslichen freien Säuren der Alizarinphenole statt in Suspension, in wässeriger Lösung anzuwenden (ebenso wie dieses durch Salzbildung der Fall war), wobei sie dann nicht nur, wie vorher adjektiv, sondern auch substantiv verwertbar werden. Zu unterscheiden von den Sulfoalizarinen sind die wasserlöslichen Bisulfitdoppelverbindungen dieser Körper. Auch die Neutralsalze der Sulfoalizarine mit Farbbasen sind noch relativ wenig diffusibel und zur substantiven Färbung ungeeignet.

Wenn wir so von einer bestimmten Farbbase als Grundlage ausgehen, so entsteht aus dieser die primäre entsprechende Farbsäure durch Substitution der Amidogruppen durch Oxygruppen; wird nur ein Teil der in Mehrzahl vorhandenen Amidogruppen substituiert, so entstehen in sich neutrale amphotere Körper. Tritt zu den Amidogruppen eine oder mehrere

Sulfogruppen, so resultiert die entsprechende Sulfosäure der Farbbase; tritt zur primären Farbphenolsäure eine Sulfogruppe, so resultiert die sekundäre Oxysulfosäure. Färberisch erhalten sich Amido- und Oxysulfosäuren infolge des alles nivellierenden Einflusses der stark sauren Sulfogruppe gleich.

Wir hörten, dafs im Prinzip ein anderer Effekt die Folge ist, wenn man von vornherein mit dem neutralen Farbstoff selbst färbt, oder erst auf dem Substrat neutrale Färbungen erzielt. Im ersteren Falle, der Simultanfärbung, wirkt die neutrophile Affinität bestimmter Substrate zu neutralen Farbstoffen (ebenso wie es eine besondere Affinität bestimmter Substrate für amphotere Farbstoffe, Indophenole, Nitraniline, Oxyamine, indifferente Monamine und Monoxykörper, basische Sulfone, Amidocarbonsäure, Oxyinduline, Amidoalizarinchinoline, Alizarinsulfosäuren gibt). Im letzteren Falle, der Successivfärbung, ist mafsgebend die Affinität zu dem ersten Farbstoff; zu diesem addiert sich blofs der zweite.

Ähnlich ist es mit der Lackfärbung. Hier ist zu unterscheiden die neue simultane Lackfärbung (Weigert, Unna) von der gewöhnlichen successiven.

Bei letzterer ist ferner zu unterscheiden. die übliche prodromale Beizung von der nachträglichen. Ich habe in meinem „Grundrifs der Farbchemie“ (Berlin 1901 bei Aug. Hirschwald), sowie in dem Artikel „Trockenpräparatfärbung“ (Encyklopädie der mikroskopischen Technik, 1903, Urban & Schwarzenberg) die wesentlichsten Unterschiede skizziert und festgelegt. Sie seien hier nochmals kurz rekapituliert.

Bei der klassischen adjektiven Beizenfärbung wird zuerst das Gewebe gebeizt. Die Beize schlägt sich auf den ihr affinen Substratteilchen echt nieder; wo sie unecht haftet, wird sie wieder durch regressive Differenzierung ausgewaschen. Ein der Beize elektrochemisch konträrer Farbstoff haftet dann an den gebeizten Stellen. Man färbt also jetzt nicht direkt das Gewebe, sondern das gebeizte Gewebe, direkt also die Beize, das Gewebe nur indirekt durch Vermittlung der Beize. Die Beize vermittelt zwischen Gewebe und Farbstoff wie der Kitt zwischen Papier und Holz. Die Beize ist der Amboceptor zwischen dem Substrat und dem komplementären Farbstoff; es entsteht somit eine Tripelverbindung. Die Beize mufs danach mindestens zwei haptophore und zwar gleichartige Gruppen haben; eine zur Verankerung mit dem ihr chemisch konträren Farbstoff, eine zur Verankerung mit dem ihr affinen, also ebenfalls chemisch konträren Gewebe.

Bei der nachträglichen Beizung handelt es sich lediglich um Fixation einer vorangegangenen substantiven Färbung, etwa wie eine Photographie fixiert wird. Ein Farbstoff haftet gemäfs seines elektrochemisch ausgesprochenen Charakters auf den für ihn affinen Substraten; die Färbung ist, wie alle substantiven wasserlöslichen Färbungen gegenüber Extrahentien

mehr oder minder unecht. Um sie echter zu machen, adjiziert man nachträglich eine dem Farbstoff elektrochemisch konträre Beize; nunmehr ist die Färbung fixiert, und jetzt kann durch stärkste Differenzierungsmittel eine ganz spezifische tinktorielle Differenzierung der gewünschten histologischen Einheiten erzielt werden.

In diesem letzten Falle erscheint die färberische Chromatophilie des Substrates in keiner Weise alteriert; basophile Substanz erscheint von basischem Farbstoff tingiert; im ersten Fall aber handelt es sich um totale Inversion der nativen Chromatophilie. Was mit basischem Farbstoff gefärbt ist, ist oxyphile Substanz. Hatten wir die basophile Substanz mit basischer (Metallsalz-) Beize behandelt, so müssen wir jetzt einen sauren Beizenfarbstoff (Chromophenol) anwenden. Wollen wir oxyphile Substanz adjektiv färben, so ist also ein basischer Farbstoff nötig, da wir ja zuerst direkt auf das Gewebe eine saure, selbst nicht färbende Beize anwenden müssen; basische Farbstoffe färben bei adjektiver Färbung (mit saurer Beize) nur oxyphile Substrate.

Alle färbbaren Substrate sind promiscue sowohl mit sauren wie mit basischen Farbstoffen prinzipiell färbbar, nur haften die basischen Farbstoffe besser und echter an den ihnen adäquaten basophilen Substraten. Diese native Chromatophilie wird erprobt durch die simultane, elektive, differentielle Kombinationsfärbung von neutralen Farbgemischen (Triaziden). Der basische Farbstoff haftet um so besser, je mehr saure Gruppen das Substrat hat (je basophiler es ist), und je mehr basische Gruppen er selbst hat. Die Monamidofarbstoffe sind sehr indifferent und inaktiv.

Die färbbaren Substrate sind amphoter, besitzen neben einander Amido- und Karboxylgruppen (etwa wie Amidokarbonsäuren); die Farbstoffe aber sind nur dann brauchbar und gut haftend, wenn ihre Gruppen einheitlich und somit ihr chemischer Charakter homogen ist; Amidooxyfarbstoffe sind sehr unecht.[9]

Ebenso sind alle Substrate sowohl mit saurer wie basischer Beize imprägnierbar; auch hier aber ist die native Chromatophilie für die Echtheit der so entstehenden Beizung maßgebend.

Schließlich sind es die echtesten Lacke, die aus sauren Farbstoffen mit basischen Beizen, aus basischen Farbstoffen mit sauren Beizen sich bilden.

Wie überall, so gibt es aber auch hier keinen absoluten und konträren Grad in der Chromatophilie der Beizen. Je nach der graduellen Acidität oder Basizität, abhängig von der Stellung in der elektrochemischen Spannungsreihe, gibt es mehr oder weniger basische Beizen) Eisen, Chrom, Platin); ebenso gibt es stärker und schwächer basische Farbstoffe je nach

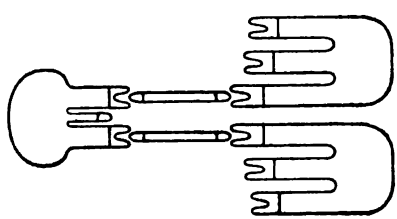
[9] Um diese technologisch wertlosen, histologisch aber sehr interessanten Farbkörper praktisch zu verwerten, müssen sie durch nachträgliche Beizung auf dem ihnen affinen Gewebe fixiert werden.

der Natur der Chromophore und der Zahl der Haptophore. Wir dürfen uns daher also nicht wundern, dafs basische Farbstoffe (Safranin) auch mit Chromsalzen, saure Farbstoffe (Hämatoxylin) mit den stark elektronegativen Wolfram-, Molybdän- und Vanadiumverbindungen lackähnliche Verbindungen geben. Als Kuriosum sei erwähnt, dafs die sulfosauren Farbstoffe Wasserblau und Gallusblau infolge der starken Basizität ihres Chromophors und ihrer relativ geringen Wasserlöslichkeit trotz der Sulfurierung auch mit saurem Tannin Lacke geben, natürlich weniger echt als die ihrer Basen. Die echtesten Lackfärbungen setzen voraus: auf basophilem Gewebe stark basische (Uran, Mangan, Eisen) Beize und stark sauren Farbstoff (Hämatoxylin); auf oxyphilem Gewebe stark saure Beize (Tannin) und stark basischen Farbstoff (Spritindulin). Wie schon erwähnt, geben die schwach basischen (monaciden) Monoamine und die schwach sauren (monobasischen) Monophenole sehr wenig echte Lacke, obwohl ihre adjektiven Beizenfärbungen immer noch echter und gegen Extrahentien resistenter haften, als ihre direkten substantiven Färbungen.

Weniger echt auf oxyphilem Gewebe sind die adjektiven Färbungen mit Jod, Phosphor-Wolframsäure oder Resorcin und schwächer basischen einfach konstruierten Diamido- oder Monamidofarbstoffen (Malachitgrün, Chrysoidin, Buttergelb), womöglich bei saurem Chromophor (Amidoalizarin), oder gar mit substantiven sauren, schwachen (Aurin) oder stark sauren Beizenfarbstoffen (Coerulein S., Hämatoxylin).

Ebenso bilden sich auf basophilem Gewebe weniger echte Lacke bei Applikation mit Quecksilber-, Gold- und Chromsalzen als Beize und Färbung mit schwächer sauren substantiven Dioxyfarbstoffen (Aurin), womöglich bei basischem Chromophor (Safranol) oder gar schwächeren (Malachitgrün, Chromgrün), oder selbst stärksten basischen (Safranin) Farbstoffen.

Wenn wir die basischen Amidogruppen nach den von EHRLICH für die Immunitätslehre eingeführten Zeichen mit der Matrix M, die sauren Oxygruppen mit der Papille ⊓ bezeichnen, so hätten wir für eine typische Beizenfärbung folgendes Schema:



a *b* *c*

a. Ein amphophil-oxyphiles Gewebsteilchen.
b. Zwei Teile saurer Beize (Tannin).
c. Zweimal stark basischer (triazider) Farbstoff (Fuchsin).

aus dem alle möglichen sonstigen Kombinationen und Konsequenzen ohne weiteres sofort erhellen. Wir verstehen, warum auf dem überwiegend oxyphilen Substrat und umgekehrt auch basische Beize haftet; wir werden begreifen, dafs bei Anwendung eines starken Polyamidofarbstoffes die freibleibende auxochrome Amidogruppe noch freie Valenzen und Affinitäten behält, entweder zu nachträglicher Fixation mit saurer Beize, oder zu nachträglicher Avizierung mit weniger basischen resp. sauren Farbstoffen (Pikrinsäure etc.).

Von letzterem Prinzip haben in der Histologie Benda und M. Heidenhain Gebrauch gemacht. Ersterer schickt seiner Alizarinneurogliafärbung eine Färbung mit Toluidinblau nach; letzterer verwendet zu seiner successiv neutralen Muskelfärbung resp. neutralen Successivfärbung des Muskels erst Thiazinrot, Coerulein und dann Safranin.

Ebenso ist es verständlich, dafs man auf die Beize nicht gleich den Farbstoff zu applizieren braucht, sondern erst eine zweite Beize entgegengesetzten oder doch weniger ausgesprochenen Charakters folgen lassen kann. So kann man nach einer Chrombeize erst noch Kupferbeize verwenden (Weigert), oder aber einer sauren Osmierung eine Reduktion durch Pyrogallol, Hydrochinon, Tannin folgen lassen, wonach das Osmium als basische Beize funktioniert. Haftet das Tannin dann im Gewebe, so erlaubt sich wieder eine Applikation von Eisenchlorid, auf welche man wieder Ferrocyankali folgen lassen kann etc. etc. In die Tintenfärbung und Metallimprägnation mit doppelter Beize gehört die Geifselfärbung nach Löffler: Eisenchlorid-Tannin-Fuchsin, und die Färbung mit Kernschwarz nach Platner.

Es geben also auch Beizen mit anderen Beizen entgegengesetzten Charakters Verbindungen. Am innigsten sind wohl die echten Tintenverbindungen von Eisensalzen mit Tannin, weniger innig die Verbindung von anderen Schwermetallen, Uran, Platin, Chrom mit Tannin, oder von Eisensalzen mit Resorcin, Pyrogallol oder dem blofsen Phenol (Uffelmanns leicht zersetzlicher Reagens, unechter blauer Farbstoff), mit Salicylsäure, Acetessigsäure und Antipyrin.

Hierbei entstehen mehr oder minder echte schwarze, blaue, rote Farbstoffe, indem das Eisenchlorid wohl eine oxydierende Wirkung auf die Oxyaniline (Phenole) ausübt, ähnlich wie aus Phenol, mit Oxal- oder Schwefelsäure behandelt, Rosolsäure entsteht.

Es ist klar, dafs bei successiver Applikation zweier konträrer Beizen für nachstehende Färbungen die native Chromatophilie des Substrats wieder hergestellt ist. Da die Tripelverbindung von Substrat, Beize und Farbstoff komplexer ist als die einfachen Doppelverbindungen der Färbungen, so ist schon durch die Gröfse des Moleküls die Färbung echter; je komplizierter die Beizenfärbung, um so echter die Lacke.

Wir wenden somit adjektive Beizenfärbung an:

1. als nachträgliche Beizung, um einen Farbstoff nach substantiver Färbung zu fixieren, oder ganz allgemein (auf vorhergehende Beizung), um einen Farbstoff mit schwacher Affinität haftbarer und seine Färbung haltbarer zu machen;[10]

2. um einen wasserunlöslichen basischen (Spritindulin) oder sauren Farbstoff (Alizarin) doch zum anfärbenden Haften auf der Faser bringen und verwenden zu können;

3. um einen kräftigen, gut brauchbaren Farbstoff für ein ihm zu wenig oder überhaupt nicht affines Substrat verwenden zu können, bezw. umgekehrt, um einem beliebigen Substrat die zu geringe oder ganz fehlende Affinität für einen vorhandenen Farbstoff zu erhöhen oder überhaupt zu verleihen.

Da in der Histologie alle Substrate mit allen Farbstoffen mehr oder minder gut färbbar und mit allen Beizen mehr oder minder echt imprägnierbar sind, so ist die Wahl des Farbstoffes lediglich von der vorhandenen Beize, die der Beize lediglich von dem zur Verfügung stehenden Farbstoff abhängig. Soll ein stark oder schwach basophiles oder achromophiles Substrat durchaus mit saurem Farbstoff gefärbt werden, bezw. ein saurer Farbstoff durchaus für ein bestimmtes basophiles oder überhaupt chromophiles Substrat verwendet werden, so wird man stets eine geeignete basische Beize nehmen; handelt es sich um einen zu schwach basischen Farbstoff, so würde saure, unter Umständen auch schwach basische Beize am Platze sein.

Man würde also oxyphile Wolle (cytoplasmatische Substanzen)
substantiv gut färben mit stark sauren Oxypolysulfofarbstoffen,
„ weniger gut mit schwächer sauren Amidooligosulfosäuren,
„ „ „ „ „ „ Polyoxyphenolfarben (Rosolsäure),
„ „ „ „ „ „ Oligooxyphenolfarben (Aurin),
„ „ „ „ „ „ Amidooxyfarben (Safranol),
„ „ „ „ schwach basischen Oxyamidofarbstoffen (Chromgrün),
„ „ „ „ „ „ Monamidofarbstoffen (Chrysoidin, Malachitgrün),
„ „ „ „ basischen Polyamidofarbstoffen (Vesuvin, Fuchsin);
mit Rosolsäure und Aurin wird man besser adjektiv unter Zuhilfenahme

[10] So z. B. ist Chrysoidin und Buttergelb schwächer basisch (saurer) als Vesuvin, Chromgrün, Malachitgrün schwächer basisch (saurer) als Methylgrün oder Fuchsin, Pyronin, Acridinrot schwächer basisch als Neutralrot, Safranin; Sudan, Aurin schwächer sauer (basischer) als Rosolsäure.

von Bleisalzen färben, noch bessere Färbungen adjektiver Art erzielt man mit Safranol und Chromgrün, die ebensogut mit Chromsalzen wie mit Tannin fixierbar sind, und ganz ausgezeichnete Färbungen gibt Fuchsin mittels Tanninfixation. Noch besser ist der Tanninlack des Spritindulins. Selbstredend ist es nach dem vorangegangenen klar, dafs man auch die stärker sauren Alizarinchinolinamine, Alizarinblausulfosäure (Bisulfite und Sulfosäuren), Chromotropoxysulfosäuren und das sehr stark saure Dioxyalizarin und Hämatoxylin hier anwenden kann bei entsprechender Metallsalzbeizung, bezw. die substantiven Sulfosäuren Wasserblau und Gallusblau nach Tanninfixation.

Ist also ein Substrat gar nicht (oder schlecht) substantiv färbbar mit einem basischen Farbstoff, so färbt man es adjektiv oder substantiv mit einem sauren, oder noch besser adjektiv mit einem basischen. Statt substantiv mit basischen oder sauren Farbstoffen zu färben, färbt man adjektiv entsprechend umgekehrt mit sauren resp. basischen Farbstoffen. Die Beizung erhöht somit die vorhandene, aber geringe native Affinität, oder verleiht die fehlende Affinität.

Ein oxyphiles (schwach basophiles) Substrat, mit basischem Farbstoff gar nicht (eosinophile Granula) oder schlecht färbbar, ist mit sauren Farbstoffen tingibel oder wird es gut mit basischen nach voraufgegangener Tanninfixation. Ein schwach basophiles Substrat, mit basischen Farbstoffen substantiv schwach färbbar, wird besser färbbar mit basischen Farbstoffen nach Tanninfixation. Die Chromatophilie zu basischen Farbstoffen ist erhöht worden. Noch besser und haltbarer aber haften, wie leicht einzusehen, die Tanninlacke dort, wo sie festere Basophilie, totale Abasophilie (Basophobe) zu beseitigen haben, also auf oxyphilen Substraten. Es folgt daraus wieder, dafs bei Umkehr (Inversion) der Chromatophilie haltbarere Lacke erzeugt werden, als bei Steigerung der vorhandenen.

Basophile Seiden (Kerne) sind gut färbbar substantiv mit basischen Farbstoffen, um so besser, je besser und basischer die Farbstoffe; weniger gut haften saure Woll- und Plasmafarbstoffe substantiv, wenig gut auch basische schwache, d. h. schwach basische (mehr saure) Farbstoffe; diese haften besser nach Tanninfixation; selbstredend haften auch die stark basischen Farbstoffe nach Tanninfixation (Tanninfarbstoffe), wobei aber auch Cytoplasma und Wollfäden stark gefärbt bleiben. Vorzüglich elektive Färbung aber erhält man mit sauren Wollfarbstoffen nach Metallbeizung, um so besser, je stärker basisch die Beize und saurer der Farbstoff ist (Eisenamidoalizarinchinolin S., Alaunhämatoxylin). Die chemische starke Basophilie der Seide (Kerne) ist durch Metallsalz invertiert worden, die schwache Oxyphilie dadurch aber verstärkt. Umgekehrt färben sich eosinophile Körner, die absolut abasophil sind, substantiv stark mit saurem Farbstoff, mit basischen adjektiv nach Tanninfixation noch besser und elektiver.

In der Technologie bezeichnet man die Baumwollfaser im Gegensatz zu der animalischen Faser als ein Substrat ohne jede Chromatophilie zu den gewöhnlichen substantiv wirkenden Farbstoffen; weder basische, noch saure Farbstoffe haften bei substantiver Applikation.

Man kann die Baumwolle aber färben mit sauren Beizenfarben nach Metallsalzapplikation, noch besser nach Fixation mit saurer Beize (Tannin) mittels basischer Farbstoffe (Tannin-Baumwollfarben).

Die Tanninlacke auf Baumwolle haften bei der grofsen Affinität des Tannins zu dieser Faser hier noch besser, als die Tanninlacke der oxyphilen Wolle.

In der Histologie unterscheiden wir an substantiv färbbaren Substanzen in erster Linie amphophiles Gewebe, das wir in prävalierend basophiles, wie Kernsubstanz, und prävalierend oxyphiles, wie Cytoplasma, einteilen. Daneben kennen wir als absolut basophile Substanz, die also absolut oxyphob ist, die Mastzellkörnung, als absolut oxyphile (abasophile) Substanz die α-Körnung. Lediglich neutrophil ist die ε-Körnung, und amphoterophil (azurophil) das Chromatin der Malariaparasiten.

Lediglich Kern und Cytoplasma haben ungefähre Analogie zu Seide und Wolle. Dieses zeigt sich besonders gegenüber dem Methylgrün. Dieses in sich fest gefügte, schwer dissoziierbare Chlorzink-Doppelsalz einer recht guten[11] und starken Farbbase unterscheidet sich von anderen, besser dissoziierbaren Farbstoffen dadurch, dafs es Wolle nicht färbt, da diese den Farbstoff nicht dissoziieren und daher nicht die befreite Base aufnehmen kann. Dieses kann erst die stärkere saure Seide, ebenso wie die stark nukleinsauren Kerne im Gegensatz zum Cytoplasma. Erst wenn man Wolle ansäuert oder der Methylgrünlösung basischen Borax zur Dissoziation zufügt, tritt substantive und unechte Färbung der basophilen Wolle mit Methylgrün ein. Das Alkali wirkt hier, als uneigentliche Beize, färbungsverstärkend lediglich durch Dissoziation. Statt das Salz durch uneigentliche Beize zu spalten oder das Gewebe anzusäuern, kann man dem Gewebe eine echte saure Beize (Tannin) zufügen und dann Wolle und Cytoplasma sehr wohl mit Methylgrün färben.

α- und γ-Granula sind nur annähernd mit Baumwolle zu vergleichen. Baumwolle ist absolut achromophil mit dem gewöhnlichen substantiven Farbstoffen, weil ihr chemische haptophore Gruppen überhaupt fehlen; es

---

[11] Ich mufs also entschieden der Auffassung von Max Mosse (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902) widersprechen, dafs Methylgrün, weil es für gewöhnlich schwach färbt, ein schwach-basischer Farbstoff ist; es ist zufällig blofs ein schwacher, d. h. schwach wirkender basischer Farbstoff, aber mit stark-basischer Farbbase (Triamidofarbstoff; Malachitgrün blofs Diamidofarbstoff). Er färbt substantiv nur Wolle und Cytoplasma gar nicht oder schwach, Kerne und Seide aber schon besser; dissoziiert man ihn (durch Boraxzusatz), so färbt er so gut wie andere basische Farbstoffe Wolle wie Seide.

haftet auch das Tannin an ihr bloſs durch physikalische Imbibition. α- und γ-Granula aber sind nur einseitig achromophil gegenüber freien Gruppen von Farbstoffen; den ersteren fehlen saure Gruppen, den letzteren basische. Sie sind also nicht wie die Mehrzahl der färbbaren Substrate mehr oder minder amphophil. Bei den erwähnten histologischen Substraten können also Beizenfärbungen angewandt werden, bei der Baumwolle muſs es der Fall sein, um überhaupt eine Färbung zu ermöglichen. Allerdings ist es dann gleich, ob man adjektiv mit basischen oder sauren Farbstoffen färbt; bei den anderen Substraten war die adjektive Färbung mit konträrem Farbstoff stets die bessere.

Erwähnt muſs aber werden, daſs es eine ganz besondere Gruppe von substantiven Farbstoffen gibt, die also auch Wolle und Seide (aber schlecht) färben, die aber daneben noch besondere natürliche Affinität zur Baumwolle haben. Es sind dieses die Salze der sauren Benzidinsulfofarben (Congorot, Benzopurpurin, Benzoazurin, Azoblau, Chrysamin etc.). Diese Farbstoffe werden nicht dissoziiert, sondern, wie das Tannin, physikalisch in toto (als Farbsalze) aufgenommen. Man färbt nicht, wie sonst mit sauren Farbstoffen, im sauren Bade (zur Verstärkung der Dissoziation), sondern im neutralen Salzbade.

Wie nun Tannin als Beize für basische Farbstoffe wirkt, so auch die sauren „substantiven Baumwollfarben". Bei Färbung mit Congorot entsteht auf der Faser eine successive Neutralfärbung bei nachheriger Applikation von basischen Farbstoffen.

Auch die substantiven Baumwollfarben sind in der Histologie noch sehr wenig erprobt und erforscht.

Eher als α-Granula läſst sich mit der Baumwolle vergleichen eine Gruppe von histologischen Substraten, die nicht ohne weiteres substantiv färbbar sind (auch nicht mit Baumwollfarben im neutralen Bade).

Hierher gehören die Centrosomen und Kernspindeln, Neurofibrillen, Bakteriengeiseln, Epithelfasern, das Fibrin, die Markscheiden der Nervenfasern, das Elastin, die Neuroglia etc.

Bei den üblichen substantiven Färbungen haben wir oben gehört, daſs es, abgesehen von der graduellen Resistenz speziellen Differenzierungen gegenüber, gleich ist, ob man ein Substrat (Kerne) substantiv mit basischen (kargophilen) oder adjektiv mit sauren (plasmophilen) Farbstoffen färbt, bezw. plasmatische Substanzen substantiv mit sauren oder adjektiv mit basischen Farbstoffen.

Da speziell die sauren Farbstoffe diffus Kern und Plasma färben und diffus alle möglichen plasmatischen Substanzen, wird man zur feineren Differenzierung bestimmter sonst auch substantiv färbbarer plasmatischer Substanzen eine genau abgestimmte **adjektive Färbung mit basischen Farbstoffen** vorziehen, zur differentiellen Kernfärbung aber eine **sub-**

stantive Färbung mit basischen Farbstoffen oder eine adjektive Färbung mit sauren Farbstoffen (Alaunhämatoxylin).

Bei den in Rede stehenden nur durch besondere adjektive Färbekunst elektiv sichtbar zu machenden histologischen Substraten scheint es gleich zu sein, ob man adjektiv mit sauren Farbstoffen und entsprechender Beize, oder mit saurer Beize und basischen Farbstoffen färbt.

Im Prinzip sind möglicherweise wohl auch alle von oben genannten Substanzen auch mit gewöhnlichen sauren oder bizidinsulfosauren Farbstoffen substantiv tingierbar aber so diffus zusammen mit anderen plasmatischen Substanzen, dafs eine genaue morphologische Differenzierung dieser besonderen beizfähigen Substrate dabei nicht möglich ist.

Es färben sich Kernspindeln also auch substantiv nach Biondi-Heidenhain und Flemmings Dreifachverfahren, Achsenglieder substantiv mit sauren Farben, Neuroglia substantiv nach Kultschitzky und van Gieson, Elastin substantiv nach Taenzer-Unna mit dem substantiven Baumwollfarbstoff Orcein, aber nur in saurer Lösung. (Hier scheint die Säure differenzierend zu wirken, wie bei der Färbung der Mastzellenkörner nach Ehrlich-Westphal. In neutraler Lösung haftet Orcein an Kollagen und Elastin, in saurer nur an Elastin, welches sich säureresistenter färbt.) Was aber die adjektiven Färbungen anbetrifft, so scheint den substantiven sauren Färbungen keineswegs blofs eine adjektive mit basischen Farbstoffen zu korrespondieren, im Gegenteil, es sind hier vielfach saure Metallbeizfärbungen im Gebrauch.

So werden z. B. die Kernspindeln gewöhnlich nur gefärbt nach M. Heidenhain und Benda, fast gar nicht mit Tannin-Brechweinstein nach Rawitz. Für gewisse mitotische Figuren und pyknotische Kerne ist es gleich, ob man sie, um sie isoliert und distinkt gefärbt zu erhalten, adjektiv mit basischen Farbstoffen (Gram) oder mit sauren Farbstoffen (M. Heidenhain, Weigert) färbt.

Überhaupt kommen stets für alle der hier in Rede stehenden Substrate im Prinzip entweder eine modifizierte Gram-Färbung oder eine modifizierte Heidenhain-Färbung (Metallhämatoxylin) in Betracht. Statt der Jodbeize wird vielfach auch Tannin u. a. genommen, statt der Metallhämatoxylinate Metallalizarinate.

Hierher gehört die Markscheidenfärbung durch Hämatoxylinate nach Weigert-Pal, Kultschitzky, Wolters, für die neuerdings E. Fränkel ein Tanninverfahren angegeben hat. Fibrin ist von Kockel nach Weigerts Hämatoxylinverfahren, mit Gram-Färbung nach Weigert, mittels Tannin nach Unna distinkt und elektiv darstellbar, Geiseln nach Löffler mit Eisenfuchsin-Tannin-Fuchsin, Achsenzylinder nach Mallory, Wolters durch Vanadium- oder Phosphorwolfram-Hämatoxylin. Die Neurogliafärbung nach Benda ist ein besonderes Hämatoxylinat- oder Alizarinat-

verfahren, nach MALLORY, BENEKE und WEIGERT eine modifizierte GRAM-Färbung. Epithelfasern färbten UNNA und KROMEYER nach modifiziertem GRAM, die neue Orceinfärbung von UNNA ist aber keine eigentlich substantive Methode, sondern auch eine adjektive Färbung mit basischen Farbstoffen. Hier ist der saure Baumwollfarbstoff Orcein in farbsaurer Lösung (Eosin, Wasserblau) die Beize für das basische Safranin; zum ersten Male also Anwendung des oben angedeuteten Prinzips.[12] Über die Elastinfärbung von UNNA und WEIGERT soll an anderer Stelle gesprochen werden, die anscheinend substantive Färbung von LUSTGARTEN ist eigentlich ebenfalls eine adjektive; Platinchlorid-Osmiumsäure sind hier die Beizen für basischsaures Victoriablau. HERXHEIMER hat Elastin nach einem Hämatoxylinatverfahren distinkt und elektiv dargestellt, KULTSCHITZKY nach WOLTERS' Vanadiumverfahren, MALLORY mit seiner Phosphorwolframsäuremethode, BENEKE nach einer modifizierten GRAM-WEIGERT-Methode.

Alle diese Substanzen sind also prinzipiell stets auf zwei Weisen darstellbar; welche die bessere ist, hängt in jedem Fall von den Besonderheiten von Farbstoff und Beize ab, deren chemische Verhältnisse genauestens zu berücksichtigen und feinstens gegeneinander abzustufen sind.

Die gröberen histologischen Dinge sind gröfstenteils mit den substantiv üblichen Farbstoffen eruiert worden und allgemein bekannt. Hier wären nur noch absonderliche substantive Farbstoffe zu probieren (sehr schwache, indifferente, amphotere, Sulfone, Baumwollfarben). Die feinen Differenzierungen der oxyphilen Substrate, speziell die oben erwähnten achromophilen Substanzen, sind vorwiegend durch adjektive Beizenfärbung bekannter geworden. Hier ist noch ein weites Feld. Das Feld der substantiven Färbungen ist stark abgegrast. Neue Entdeckungen schwer färbbarer Substrate sind nur auf adjektivem Wege möglich. Was mit den üblichen substantiven Farbstoffen zu finden war, ist gefunden. Neue Farbstoffe alter Farbklassen bringen nichts Neues. Ob mit Fuchsin, Methylenblau, Phosphin, Vesuvin, mit Wasserblau oder Indigoblau gefärbt wird, ist im Prinzip gleich. Nur im Detail, je nach der Besonderheit des in praxi erstrebten Zweckes, variiert das Resultat.

Dieses ist auch leicht verständlich. Die Histologie benutzt und benutzte bisher die Farbstoffe, die die Technologie ihr lieferte. Diese, die im wesentlichen bloſs drei Faserarten zu färben hat, legt den Hauptwert bei der Farbstofffabrikation auf die Nuance, die Echtheit und be-

---

[12] Auch mit Arsen-Wolframsäure-Hämatoxylin färben sich Epithelfasern sehr distinkt.

queme billige Herstellung. Der interessante Chemismus des Chromogens ist ihr nebensächlicher; es werden Farbstoffe bestimmter Nuance von gutem Haftvermögen gesucht. Also wird nur mit stark basischen oder stark sauren Farbstoffen substantiv oder adjektiv gefärbt. Diese verhalten sich im Prinzip alle gleich, färben mehr oder minder gut Kerne oder Cytoplasma. Gerade die technologisch unbrauchbaren unechten Farbstoffe, die als Nebenprodukte gewonnen werden, können aber histologisch bei der grofsen Mannigfaltigkeit der histologischen Substrate und ihrer verschiedenen Chromophilie von gröfstem Wert sein. Was die adjektiven Beizenfärbungen anbetrifft, so haben sie alle insgesamt in praktischer Hinsicht vor den substantiven Färbungen die gröfste Echtheit voraus. Daraus folgt, dafs es mittels adjektiver Färbungen gelingt viel distinktere und feinere Differenzierungen innerhalb der grofsen Mannigfaltigkeit der chemisch und in ihrer Chromophilie variierenden histologischen Substrate zu erzielen, als mittels substantiver Färbungen; hier ist also das eigentlichste Gebiet wirklich spezifischer elektiver Färbungen. In theoretischer Beziehung ist es aber auch möglich, mittels der grofsen Vielheit der zur Verfügung stehenden Beizen und der Kombination derselben mit den verschiedensten Farbstoffen ganz neue, vorher auf substantivem Wege mit den blofs stark basisch oder blofs stark sauer sich verhaltenden Farbstoffen nicht darstellbare histologische und morphologische Individualitäten zu eruieren und abzugrenzen.

Im Prinzip ist es freilich gleich, ob mit Karmin, Hämatoxylin oder Alizarin (Benda, Rawitz), Gallein (Aronsohn), Resorcingrün (Obersteiner), Coerulein (Heidenhain) gefärbt wird. Stets handelt es sich um Metalllacke von Farbphenolen saurer Chromophore.

Aber die jedesmalige Besonderheit der Beize und ihr Verhältnis zum Farbphenol gewährleistet die verschiedensten und mannigfachsten Resultate.

Beim Alaunhämatoxylin wird das wasserlösliche Hämatoxylinat eines zwischen Leicht- und Schwermetallen stehenden, ziemlich stark elektropositiven Elements benutzt. Während Kalihämatoxylinat ein einfaches, wasserlösliches, stark dissoziierbares, substantiv färbendes, aber sehr unecht das oxyphile Gewebe färbendes Salz ist, wobei das Hämatoxylin sich mit dem oxyphilen Gewebe verankert, und auch das Calciumhämatoxylin (P. Mayer) kein eigentlicher Lack aus Erdmetall und Farbstoff ist, haben wir im Aluminiumhämatoxylinat (Haug) und Alaunhämatoxylin einen leicht löslichen Lack, der sich in toto als solcher mittels des Aluminium mit basophilen Substraten verbindet. Man färbt simultan in einem Tempo quasi substantiv und direkt. Bei der eigentlichen indirekten successiven Beizenfärbung wird erst gebeizt, dann gefärbt, entweder mit wasserlöslichen, schwachsulfurierten Monosulfosäuren dieser stark sauren obligaten Beizenfarben, oder mit ihren löslichen Bisulfatdoppelverbindungen, oder

löslichen Natronsalzen, oder aber den ungelösten Suspensionen der freien Farbsäure selbst. Es scheint nun, dafs die Lacke der Schwermetalle zum Teil höhere Oxydationsstufen des einfachen Aluminiumlacks repräsentieren. Vielfach ist hier, im Gegensatz zu den farbgleichen Salzen und Lacken der sonstigen Farbstoffe, die Nuance variant, je nach der Stellung des Metalls an der Spannungsweise (Eisen meist schwarzgrün, Chrom rotviolett bis blau etc.). Man nennt diese Farbstoffe daher auch polygenetische Farbstoffe. Ähnlich verhalten sich die zwar auch substantiv anfärbenden, aber auch fakultativ beizenziehenden roten Chromatropsulfofarben bei nachträglicher Beizung mit verschiedenen Metallsalzen. Obwohl im grofsen und ganzen die beizungsfähigen Substrate mittels der zwei hauptsächlichsten Methoden, der GRAM-Färbung und der HEIDENHAIN-Färbung, namentlich von WEIGERT, BENDA u. a. bereits ziemlich genau erforscht sind, bietet sich doch, wie gesagt, der wissenschaftlichen Untersuchung hier noch ein weites Feld, namentlich auch unter Ausnutzung der vereinfachten simultanen Schwermetalllackfärbung nach WEIGERT, oder der Gerbsäurelackfärbung nach UNNA.

Versammlungen.

Medizinische Gesellschaft zu Leipzig.

Sitzung vom 18. April 1903.

RILLE demonstriert: 1. ein **hämorrhagisches Syphilid** bei einem 50jährigen Kranken. An verschiedenen Hautstellen sieht man bis über talergrofse braunviolette oder schwarzrote Plaques von rundlicher, scheibenförmiger Begrenzung, zentral eingesunken und gerunzelt, peripher aneinander gereihte kleine Knoteneffloreszenzen. Einzelne Plaques sind mit silberweifsen Schuppen bedeckt, nach deren Entfernung aber ein parenchymatöses, nicht punktförmiges Bluten eintritt. Der schlecht genährte, atheromatöse Kranke hat aufserdem Periostitis tibiae, Paronychie. 2. einen **Lichen syphiliticus.** Dicht gedrängte, follikuläre, dunkelrote bis bräunliche Knötchen, die Hornkegelchen tragen. Dieselben sind gruppenweise angeordnet, teilweise in Pusteln umgewandelt. Daneben nässende Papeln.

Sitzung vom 12. Mai 1903.

RILLE demonstriert einen 68jährigen Kranken mit **Acanthosis nigricans (Dystrophia papillo-pigmentosa).** Wahrscheinlich besteht ein Carcinom der Cardia.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verein der Ärzte in Halle a. S.

Sitzung vom 4. Februar 1903.

(*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 88 und 89.)

C. Fraenkel hielt einen hochinteressanten, glänzenden Vortrag über die **Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.** Er besprach zunächst Wesen und Ursachen der Prostitution und schilderte dann die verschiedenen Methoden, die zum Kampf gegen die Gefahren der Prostitution empfohlen werden. Fr. selbst empfiehlt eine strenge Reglementierung der Prostituierten, gründliche und häufige Untersuchungen, womöglich durch weibliche Ärzte, Spitalbehandlung erkrankter Prostituierter bis zur erfolgten Heilung, Kasernierung in Bordellen oder noch besser in bestimmten Kontrollstrafsen, rücksichtslose, unerbittliche Unterdrückung der umherstreichenden, freien Prostitution: fernerhin regelmäfsige Untersuchung aller den aufserehelichen Geschlechtsverkehr ausübenden Männer, in erster Linie der die Bordelle besuchenden männlichen Personen, dann aber auch der aus dem Ausland zurückkehrenden Seeleute, der Arbeiter in den Fabriken, der Angehörigen der Krankenkassen etc.; Verpflichtung der Ärzte zur Anzeige der Geschlechtskrankheiten ohne Nennung des Namens der Kranken, Überführung auch der erkrankten Männer in das Spital und in Fällen, in denen das nicht angängig ist, Sorge für Isolierung des Kranken in einem eigenen Zimmer oder wenigstens in einem eigenen Bette; endlich persönliche Prophylaxe durch Einträufelung einiger Tropfen Höllenstein- oder Protargollösung unmittelbar nach jedem verdächtigen Coitus. Diese prophylaktischen Einträufelungen, zu deren Vornahme Fr. den von Blokusewski angegebenen, von Gebrüder Bandelow in Berlin unter dem Namen „Samariter" vertriebenen Apparat empfiehlt, sind, wie die Erfahrungen bei Matrosen zeigen, tatsächlich von sehr gutem Erfolge. Dafs unter all diesen unmittelbar wirkenden Mafsnahmen auch die „indirekten" Waffen, Sorge für bessere wirtschaftliche Verhältnisse, insbesondere für einwandfreie Wohnungen, gute Erziehung, Verbreitung von Bildung und Aufklärung und endlich Bekämpfung des Alkoholismus, nicht vernachlässigt werden dürfen, ist selbstverständlich. Mit der Bitte, die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu unterstützen, schlofs Fr. seine Ausführungen, deren Lektüre aufs wärmste empfohlen werden kann.

In der an den Vortrag sich anschliefsenden Diskussion (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 36) wurde allseitig die Notwendigkeit anerkannt, erkrankte Prostituierte zwangsweise ins Spital einzuweisen; von mehreren Rednern, insbesondere von Aschaffenburg und Heilbronner, wurde aber auch betont, dafs diese Mafsregel, so notwendig sie auch erscheint, doch gesetzlich vollkommen unzulässig ist. Aschaffenburg behauptete ferner, dafs die Mehrzahl der Prostituierten als geistig minderwertig anzusehen ist; Fielitz, Heilbronner und Fraenkel dagegen halten den Schwachsinn der Prostituierten nicht für einen angeborenen, sondern für einen durch Alkohol erworbenen. Weber will, dafs nicht nur infizierte Dirnen, sondern auch alle geschlechtskranken Männer zwangsweise im Krankenhaus untergebracht werden. Fielitz hält dies praktisch für unmöglich; er weist aufserdem auf die Bedeutung und die Gefahren der geheimen Prostitution hin. Fraenkel betont in seinem Schlufswort, dafs es praktisch unmöglich, aber auch ganz ungerechtfertigt ist, die geschlechtskranken Männer einzusperren. Dafs die geheime Prostitution sehr viel zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beiträgt, ist unbestritten; sie wird am ehesten dadurch eingedämmt, dafs man die legitimierte Prostitution fördert oder doch wenigstens nicht belästigt.

Göts-München.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3./16. Oktober 1903.

Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau.

1. Sokolow stellte einen 33jährigen Mann mit **Aknitis Barthélemy** vor. Bei dem schon fünf Jahre an dieser Affektion leidenden Patienten finden sich vorwiegend auf den Handrücken, den Streckseiten der oberen Extremitäten, den Glutäen, den seitlichen Partien des Thorax und den Fufssohlen hellrote, ein wenig sich über die Umgebung erhebende Knötchen mit nabelartiger Einziehung im Zentrum. Im weiteren Verlauf bedecken sich die Knötchen mit einem Schüppchen oder einer Borke, gehen in eine Pustel über und verheilen mit Narbenbildung. Dieser ganze Cyclus dauert 20—30 Tage. Aufserdem zeigt Patient die Erscheinungen eines Spitzenkatarrhs und vergröfserte Lymphdrüsen am Nacken. Anamnestisch liefs sich nachweisen, dafs die Mutter und ein Bruder an Tuberkulose gestorben sind.

2. Sokolow demonstrierte zwei Fälle von **Phalangitis gummosa**. Der erste Fall betraf den in der Sitzung vom 28. März vorgestellten 55jährigen Mann, von dem eine radiographische Aufnahme genommen worden war. Der zweite Fall betraf einen 28jährigen Mann, der vor $4^1/_2$ Jahren Lues acquiriert hatte. Die Behandlung war schlecht gewesen. Vor $1^1/_2$ Jahren trat eine gummöse Phalangitis der vierten Zehe des rechten Fufses auf, die nicht erkannt wurde. Die Zehe wurde amputiert. Der Prozefs griff auf die übrigen Zehen über. Unter einer spezifischen Behandlung trat fast völlige Heilung ein. Im Sommer gab Patient die Behandlung wieder auf, wodurch von neuem eine Verschlimmerung eintrat. Jetzt findet sich eine Nekrose der Grundphalange der linken grofsen Zehe mit Gangrän des Nagels und der Hautdecken auf dem Rücken dieser Zehe und aufserdem sind alle Zehen und das vordere Drittel des linken Fufses vergröfsert und geschwollen.

3. Metscherski führte einen Knaben mit **Favus** des Kopfes vor, der längere Zeit, aber ohne jeden Erfolg, mit Formalin behandelt worden ist. Auch in einigen anderen Fällen erwies sich die Behandlung mit 5—8%igem Formalin resultatlos.

4. Mag. pharmaz. Goldberg, als Gast, sprach über die Gewinnung eines neuen, **weifsen Teers**, welchen die Firma Köhler in Moskau auf Rat von Prof. Pospelow herstellt. Von diesem farblosen, gereinigten, aus Fichtenholzteer gewonnenen Präparat zeigte er mehrere Proben, so auch eine Seife. Pospelow sagte, es sei schon lange sein Bestreben gewesen, ein Teerpräparat zu erhalten, welches frei von den verschiedenen nebensächlichen Harzbeimengungen wäre. Ähnliche Bestrebungen haben in Deutschland zur Darstellung des Anthrasols geführt. In dem von der Firma Köhler erhaltenen weifsen Teer hofft er ein wertvolles Präparat zu besitzen, über das sich Dr. Unna, dem es zu Versuchszwecken übersandt wurde, günstig ausgesprochen hat. Pospelow schlägt vor, das Präparat **Empyroleum album pini** zu nennen.

5. Bogrow gab einen literarisch-kritischen Überblick über die **Wirkung der Becquerel-Strahlen** auf den tierischen Organismus und referierte über Versuche der Herren London und Goldberg im klinischen Institut zu Petersburg mit Radiumbromid.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1903. Band 66, Heft 3.

I. **Neuer klinisch-experimenteller Beitrag zur Pathologie der glatten Muskelfasern der Haut**, von C. Vignolo-Lutati (Bologna). Die vorliegende Arbeit ist als Fortsetzung einer früheren, im Jahre 1901 publizierten anzusehen (vergl. über diese letztere das Referat in den *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. 33, S. 619).

Verfasser hatte damals bei der Untersuchung der glatten Muskulatur der Haut der Katze einige Erscheinungen an den Kernen als möglichen Ausdruck einer direkten Teilung gedeutet. Es waren dies folgende:

1. In der Nähe einer linearen auf der Haut der Katze erzeugten Wunde waren die Kerne der glatten Muskelfasern, welche an der Wunde selbst nicht mit betroffen waren, in zwei gleiche oder fast gleiche Partien geteilt, die intensiv und gleichmäßig gefärbt waren oder symmetrische Chromatinpartikel enthielten.

2. Andere Kerne in der Nähe der genannten sind dagegen in zwei Teile geteilt, welche noch an einer oder an beiden Seiten von einer Art Kernmembran zusammengehalten werden.

3. Kerne in der Nähe geteilter, welche selbst ungeteilt waren und dabei gleichmäßig gefärbt erschienen oder symmetrische Chromatinpartikel an den Polen oder eine Chromatinverdichtung in der Äquatorialzone enthielten.

4. Kerne in körniger Chromatolyse in jenen Muskelfasern, welche von den Reaktionserscheinungen der Wunde selbst infiltriert waren.

Zu Gunsten seiner Hypothese kann der Verfasser auf Grund der gegenwärtigen Untersuchungen folgende Tatsachen anführen:

„1. Das Vorkommen der in den glatten Muskelfasern der Haut beschriebenen Kernerscheinungen in der Nähe der experimentell erzeugten linearen Wunde, wo infolge des mechanischen Reizes die Annahme einer notwendigen Reparation des lädierten Gewebes zulässig ist.

2. Die beobachtete Mitbeteiligung des fibrillären Protoplasmas an der Kernteilung (Scrotum des Hundes).

3. Das Vorkommen derselben Kernerscheinungen, wenn auch in geringerer Häufigkeit, in solchen Hautabschnitten, die schon normalerweise reich an glattem Muskelgewebe sind und eine Neigung zur Hypertrophie in allen ihren Geweben zeigen.

4. Der Umstand, daß an einigen Hautstücken des normalen menschlichen Scrotums keine dieser Kernerscheinungen konstatiert werden konnte.

5. Die Tatsache, daß von vielen Autoren in verschiedenen Geweben und insbesondere in den quergestreiften Muskelfasern, wo schon die indirekte Teilung beobachtet worden war, die direkte Teilung als Regenerationserscheinung konstatiert werden konnte."

II. **Über entzündliche Knotenbildung in der Haut mit umschriebener Atrophie des Fettgewebes**, von Alfred Kraus-Prag. Nach den experimentellen an Tieren vorgenommenen Untersuchungen von Czajewicz und Flemming kann der Schwund des subkutanen Fettgewebes durch zweierlei Vorgänge, nämlich durch Atrophie und Entzündung, hervorgerufen werden. Über analoge Befunde beim Menschen haben Pfeiffer und Rothmann berichtet.

Verfasser bereichert die einschlägige, im ganzen noch sehr spärliche Literatur durch einen Fall eigener Beobachtung. Es handelt sich um ein 15jähriges Dienstmädchen, dessen Mutter an Lungentuberkulose und dessen Vater an Tabes gestorben ist. Patientin hat in der Kindheit wiederholt an Drüsenschwellungen gelitten. Vor 14 Tagen bekam sie auf der linken Wange, der Streckseite des linken Vorderarmes und am linken Fufsrücken eine mit Blasenbildung einhergehende Affektion, die in der Klinik als Pemphigus diagnostiziert wurde. Neben prallgefüllten Blasen sieht man zahlreiche geborstene, hinter deren Epidermisfetzen oberflächliche Substanzverluste sichtbar wurden. Die Nasenschleimhaut war ebenfalls befallen und gab zu wiederholten profusen Blutungen Anlafs.

Die Therapie bestand in der Applikation indifferenter Deckmittel und innerlich Solut. arsenic. Fowleri.

Nach mehrmonatlichem Aufenthalte in der Klinik wurde die Patientin am 10. Juli 1901 entlassen. Sie kam jedoch schon am 19. Juli wieder und gab an, seit vier Tagen das Auftreten blauroter Flecken und Fleckchen, teilweise auch derber Knoten in der Haut zu bemerken. Gleichzeitig klagte sie über Kopf- und Gliederschmerzen, allgemeine Abgeschlagenheit und Unwohlsein und heftigen krampfartigen Husten. Der Status ergibt, abgesehen von Pemphigusblasen frischeren und älteren Datums, an beiden Oberarmen einen derben, von der Schulterhöhe bis zum Ellbogengelenk sich hinziehenden Strang, der sich bei genauerem Abtasten als aus perlschnurartig aneinandergereihten Verdickungen zusammengesetzt erweist. Am linken Vorderarm unterhalb des Ellbogengelenks ist ein flacher, derber Knoten zu fühlen; ebenso an der Innenfläche des rechten Oberschenkels. Am Zahnfleisch und an der Wangenschleimhaut sind zahlreiche feinste Ecchymosen und kleine Erosionen wahrnehmbar.

Das Allgemeinbefinden ist sehr gestört; der Appetit fehlt vollständig.

Alle Erscheinungen besserten sich in der Klinik.

Der an der Innenseite des rechten Vorderarmes sitzende Knoten wurde exzidiert. Im weiteren Verlaufe kam es noch zu neuen Knotenbildungen, die zumeist durch Exzision beseitigt wurden.

Die histologischen Befunde, welche im folgenden ausführlich mitgeteilt werden, gleichen im grofsen ganzen einerseits den von Cajewicz und Flemming bei Atrophie und künstlich hervorgerufener Entzündung beobachteten, andererseits den von Pfeiffer und Rothmann beschriebenen Veränderungen, so dafs Verfasser zu dem Schlusse gelangt ist, dafs es sich auch im vorliegenden Falle um multiple Knotenbildung auf Grund circumskripter entzündlicher Atrophie des subkutanen Fettgewebes handele.

III. **Zur Kasuistik und Pathogenese des Melasma suprarenale (Morbus Addisonii)**, von A. J. Pospelow und Gautier-Dufayer. Nach einem Überblick über die einschlägige Literatur wird die Krankengeschichte einer 40jährigen Frau mitgeteilt, die schon in ihren jungen Jahren angestrengt arbeiten mufste und vielleicht infolge von Überanstrengung epileptische Anfälle bekam. Sie heiratete mit 21 Jahren einen Mann, der anfangs gesund, später lungenkrank war. Seit dem letzten Wochenbette vor elf Jahren begann die Patientin abzumagern und schwach zu werden. Vor fünf Jahren verbrühte sie sich während eines epileptischen Anfalles den Hals mit kochendem Wasser. Die zurückgebliebenen Narben erinnern an Narben nach Skrophuloderma. Vor drei Jahren begann die Haut der Brust und der Achselhöhlen, später des ganzen Körpers sich dunkel zu färben. Frei geblieben sind nur die Handteller und Fufssohlen. Die Pigmentation zeigt Nuancierungen von heller Kaffeefarbe bis zu dunkler chokoladen- und selbst schiefergrauer Färbung.

Hals-, Axillar- und Inguinaldrüsen sind etwas vergröfsert. Die Untersuchung der Lungen ergibt wenig Abnormes, die des Herzens systolische Geräusche an der Spitze.

Das Abtasten der Nieren ist nicht schmerzhaft. Der Urin enthält Indikan, kein Eiweifs, keinen Zucker, keine Gallenpigmente; mikroskopisch sind Leukocyten und flache Epithelien vorhanden.

Die Patientin ist stark abgemagert, klagt über Mattigkeit und allgemeine Schwäche. Sie verfällt oft in einen soporösen Zustand, besonders nach den epileptischen Anfällen.

Die Behandlung bestand intern in Gaben von Trochisci glandul. suprarenal. à 0,5 (und zwar 0,3 Subst. glandul. und 0,2 Saccharum lactis), angefertigt vom Apotheker Ferrein in Moskau. Die Patientin begann mit einer Tablette und stieg allmählich bis auf fünf pro die. Im ganzen hat sie während mehrerer Monate 457 Tabletten eingenommen. Daneben auch Brompräparate. Ihr Zustand besserte sich erheblich. Das Körpergewicht nahm zu, die Pigmentation der Haut ging um zwei Drittel ihrer Intensität zurück; die Anämie nahm ab, die starken Leibschmerzen und die Diarrhoen an denen Patientin gelitten, verschwanden; die Kräfte nahmen zu. Die frühere Schlaffheit und Apathie sind völlig verschwunden. Die epileptoiden Anfälle sind weit seltener geworden und haben an Intensität verloren.

Die Patientin hat die Klinik verlassen mit der Verordnung, die Trochisci und das Kalium bromatum noch fortzunehmen.

IV. **Beiträge zur Kenntnis der Alopecia congenita familiaris**, von Alfred Kraus-Prag. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle bei Geschwistern, von denen der eine ein $3^1/_2$ Jahre altes Mädchen, der andere einen $1^1/_2$jährigen Knaben betraf. Beide waren zur Zeit der Geburt voll behaart, verloren jedoch in der fünften resp. siebenten Lebenswoche alle Haare. Ein derselben Familie angehöriges Kind, das mit $1^1/_2$ Jahren an Lungenentzündung gestorben ist, kam ebenfalls behaart zur Welt, um bald darauf sämtliche Haare wieder zu verlieren. Die Mutter dieser Kinder ist seit zwei Monaten gravid. Nach einer späteren Mitteilung wurde auch das vierte Kind mit vollem Kopfhaar geboren, das jedoch nach vier Wochen wieder ausfiel. Die Eltern haben, was Farbe und Dichtigkeit betrifft, normalen Haarwuchs. Weder Vater noch Mutter haben jemals Lues gehabt.

Verfasser erörtert nun an der Hand der einschlägigen Literatur die Frage, auf welche Ursachen die kongenitale Alopecie zurückzuführen sei. Beide Kinder sind mit dem fötalen Haarkleide zur Welt gekommen. Die vorliegende Hemmungsbildung kann demnach nur in einer Störung des fötalen Haarwechsels begründet sein. Nach Bettmann kennzeichnet sich diese Störung dadurch, dafs der fötale Haarwechsel entweder völlig unterbleibt, oder aber sich nur verzögert. Im ersteren Falle können die Primärhaare erhalten bleiben event. weiterwachsen oder untergehen. Bei der einfachen Verzögerung des fötalen Haarwechsels fällt das Lanugohaar zur normalen Zeit oder später aus und das Sekundärhaar entwickelt sich abnorm spät.

In den vom Verfasser beschriebenen Fällen kongenitaler Alopecie hat die klinische Untersuchung keinerlei Anhaltspunkte über die der Hemmungsbildung zu Grunde liegenden Ursache zu geben vermocht.

Die histologische Untersuchung gewisser Partien der Kopfhaut ergab in Übereinstimmung mit dem klinischen Bilde zunächst vollständiges Fehlen der Haarsubstanz, der inneren Wurzelscheide und der Haarpapillen. Dagegen waren die Haaranlagen, wenn auch an Zahl gegen die Norm sehr vermindert, vorhanden. Ferner sieht man noch deutliche Haarfollikel, von denen die einen in ihrem oberen Anteil bis zur Einmündungsstelle der Talgdrüsen sehr gut entwickelt sind und alle Schichten der äufseren Wurzelscheide sehr gut erkennen lassen, die anderen aber viel weiter, zumeist bis an die Grenze zwischen Corium und Panniculus adiposus reichen, zuweilen sogar in diesen hinein sich erstrecken. In ihrem oberhalb der Talgdrüse gelegenen

Anteil gleichen sie der ersten Art, unterhalb derselben aber erscheinen sie als sehr schmächtige, solide, von einer bindegewebigen Hülle umgebene Epithelstränge, die als direkte Fortsetzung der Haarfollikel anzusehen und als Rudimente von Haaranlagen zu deuten sind, die jegliche Verbindung mit dem Deckepithel eingebüßt haben. Aus den histologischen Befunden gewinnt man den Eindruck, daß es sich in den vorliegenden Fällen um eine in den Bereich des fötalen Haarwechsels fallende Störung handelt. An den untersuchten Hautpartien waren die Wollhaare in normaler Weise angelegt, aber nach deren Ausfall ist es nirgends zur Ausbildung bleibender Haare gekommen, vielmehr sind die vorhanden gewesenen Haaranlagen hochgradigen, regressiven Veränderungen anheimgefallen.

V. **Über die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe und den Versuch seines histochemischen Nachweises**, von Richard Fischel-Bad Hall. Verfasser weist an der Hand eigener Untersuchungen nach, daß die Justussche Methode der histochemischen Analyse des mit Quecksilber behandelten Gewebes der Sicherheit und Zuverlässigkeit, die man bei mikrochemischen Reaktionen verlangen muß, gänzlich entbehrt, daß somit den Theorien, welche Justus auf seine Methode aufgebaut hat, die Grundlage völlig entzogen ist.

VI. **Über Lichen scrophulosorum**, von Fritz Porges-Prag. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle, die einen kleinen Beitrag zu der Frage liefern sollen, ob der Lichen scrophulosorum zu den wahren tuberkulösen Erkrankungen der Haut, oder zu den durch die Toxine des Tuberkelbacillus bedingten „Tuberkuliden" zu rechnen sei.

Im ersten Falle handelt es sich um Lichen scrophulosorum bei einem tuberkulös-skrophulösen Individuum. „Das histologische Bild zeigt übereinstimmend mit früheren Untersuchungen von Jacobi, Jadassohn, Hallopeau, Riehl, Neisser, Lukasiewicz u. a. das Auftreten von wahren Tuberkeln mit allen ihnen gebührenden Charakteristicis: Rundzellen, epitheloide Zellen, Riesenzellen. Die Tuberkel sind stets an die Follikel gebunden und zeigen im Gegensatz zu Riehls und Lukasiewiczs Präparaten keine Vaskularisation sowie eine ungemein scharfe Begrenzung."

Fall 2: „Lichen scrophulosorumartige Erkrankung nach einer Tuberlininjektion, lehnt sich im histologischen Bild an die Bilder der erythematös-exsudativen Prozesse an, zeigt frische Entzündung, welche, von den Gefäßen, Haarbälgen, Talg- und Schweißdüsen ausgehend, zu kleineren und größeren Rundzellenanhäufungen im Papillarkörper geführt hat.

Das Auftreten von Lichen scrophulosorum nach Injektion von Tuberkulin, speziell Tuberculinum vetus, ist bereits mehrfach bekannt, Róna, Schweninger und Buzzi, Jadassohn haben es öfter beobachtet. Sie haben diese Erscheinung durch das Vorhandensein eines latenten Lichen scrophulosorum erklärt, der auf Tuberkulin reagierte. Diese Theorie ist im Falle 2 nicht acceptabel, indem die histologische Untersuchung jeden Anhaltspunkt für die Diagnose Lichen scrophulosorum ausschließt und vielmehr die vorliegende Erkrankung in die Gruppe der Toxicodermien verweist."

VII. **Über circumskripten kongenitalen Defekt (Aplasie) der Cutis und Subcutis**, von Hans Vörner-Leipzig. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem vierjährigen, gesunden Knaben, der von Geburt an auf dem behaarten Kopfe rechts und links von der Pfeilnaht, vor der Spitze der Hinterhauptbeinschuppe zwei haarlose, kreisrunde, sich fast berührende Stellen zeigte. Dieselben sind gegenüber dem Niveau der normalen Kopfhaut merklich eingesunken; ihr Rand setzt sich scharf gegen die Umgebung ab. Der zentrale Teil einer jeden der beiden Plaques erscheint noch stärker vertieft als die Randpartien. Die Oberfläche ist im Zentrum glatt, während die peripheren Teile der Stellen eine deutliche Hautfelderung erkennen lassen. Jede Andeutung von Follikelmündung fehlt auf den haarlosen Stellen vollständig.

Die entstellenden kahlen Flecke wurden, einem Wunsche der Eltern des Kindes entsprechend, durch Exzision beseitigt. Der erzielte plastische Erfolg war ein zufriedenstellender.

Verfasser teilt das Resultat der histologischen Untersuchung mit. Die wesentlichste Veränderung der krankhaften Stellen besteht in dem Fehlen sämtlicher epithelialer Einlagerungen, der zugehörigen glatten Muskeln und des Fettgewebes. Dagegen verhalten sich die bindegewebigen Anteile der Plaques, im Gegensatze zu den Befunden anderer Autoren, völlig normal.

Die Entstehung der Affektion möchte Verfasser auf den Umstand zurückführen, dafs die Epidermis und ihre Anhänge in ihrer Entwicklung während der frühesten Fötalzeit beschränkt wurde, und dafs mit dem Erlahmen der Wachstumsenergie der Epidermis die Bildung von Fettzellen unterblieben ist. Das eigentliche veranlassende Moment zur Bildung dieser Anomalie dürfte vielleicht in einem von aufsen wirkenden Drucke zu suchen sein, der im frühen fötalen Leben die Entwicklung des Oberflächenepithels und seiner Anhänge sowie des Fettgewebes ungünstig beeinflufst hat.

1903. Band 67, Heft 1.

I. **Beiträge zur Kenntnis der benignen Tumoren der Haut**, von Max Winkler-Bern.

1. Fünf Fälle von Naevi cystepitheliomatosi („Syringome"). Der erste Fall betraf einen 56jährigen, wegen Phthisis pulmonum im Hospital behandelten Mann, der als Nebenbefund auf beiden Seiten des Thorax eine sehr grofse Zahl kleiner, wenig erhabener, hellbräunlicher, rundlicher oder ovaler Knötchen aufweist. Dieselben sind nicht an die Follikel gebunden, liegen in den obersten Schichten der Haut und zeigen keinerlei entzündliche Reaktion in der Umgebung. Der Patient hatte die Tumoren, so lange er sich erinnern kann. Die Diagnose lautete in vivo „Cystepitheliom". Kurze Zeit darauf starb der Patient, und es bot sich Gelegenheit, die der Leiche entnommenen Tumoren eingehend histologisch zu untersuchen. Unter den im wesentlichen sich mit denen anderer Autoren deckenden Befunden war von hervorragendem Interesse, dafs Verfasser in drei Serien deutlich einen Zusammenhang der Cysten mit den Schweifsdrüsenausführungsgängen finden konnte. Dieser Nachweis gelang in den übrigen Fällen, die ein solch ausgiebiges Material, wie der erste Fall, nicht darboten, nicht. Dagegen zeigten sie alle das typische Bild des Cystepithelioms: Zellhaufen, Zellstränge und Cysten, Zellvermehrung an den Gefäfsen, leichte Dilatation der letzteren, Degeneration des elastischen und Verdichtung des kollagenen Gewebes. In einzelnen Zellhaufen, die bereits eine Cyste aufwiesen, war Stachelbildung erkennbar. In manchen Präparaten waren neben kolloiden Cysten spärliche, deutliche Horncysten vorhanden.

2. Ein Fall von multiplem, symmetrischem Gesichtsnaevus. Es handelt sich um einen 18jährigen, sonst gesunden jungen Mann, dessen vier Brüder und eine Schwester die gleiche Affektion mit derselben Lokalisation im Gesichte ebenfalls von Geburt an haben. Der Patient hat auf dem Nasenrücken spärlich, in den Nasolabialfalten und am Kinn in grofser Anzahl stecknadelkopfgrofse, regellos gruppierte hellrote Flecke und dunkelrote, prominente Knötchen. Die Oberfläche ist glatt, nirgends papillär. Einzelne Efflorescenzen zeigen feine Gefäfsreiserchen, andere sind diffus gerötet.

Die klinische Diagnose lautete: „Multiple Adenomata sebacea des Gesichts". Histologisch aber ergab sich vollständiges Fehlen der für die letztere Affektion charakteristischen, hochgradigen Ansammlung normaler Talgdrüsen. Die Hauptveränderung ist an den Gefäfsen zu suchen. Einzelne derselben sind deutlich erweitert

und mit Blut gefüllt. Ihre Wand ist dünn, hat keine Muskularis. Um die meisten Gefäfse im Papillarkörper und in den oberen Partien der eigentlichen Cutis sind sehr reichliche Züge, Stränge und Haufen von Zellen vorhanden, die zum allergröfsten Teile kleine Spindelzellen sind. Die fixen Zellen sind auch in der weiteren Umgebung dieser Zellherde etwas vermehrt. Das elastische Gewebe ist an einigen Schnitten in der Gegend der Zellansammlung fast vollständig geschwunden.

Der Fall stimmt in allen wesentlichen Punkten mit den von Darier zuerst unter dem Namen „Naevi vasculaires verruqueux de la face" beschriebenen überein. Kopp, Hallopeau und Leredde haben ähnliche Fälle mit gleichen histologischen Befunden publiziert.

Danach kann man die klinisch durch symmetrische Lokalisation im Gesicht und durch kongenitale Anlage charakterisierten Tumoren, die jedoch histologische Verschiedenheiten aufweisen können, zwanglos unter folgende Gruppen einteilen:

1. Typus Caspary: Nur oder fast nur aus normal gebauten Talgdrüsen zusammengesetzte Tumoren.

2. Typus Pringle: Tumoren aus Talgdrüsengewebe plus Angiomatose plus Fibromatose.

3. Typus Darier: Fibromatose plus Angiomatose ohne Talgdrüsenvermehrung.

4. Typus Perry (zweifelhaft): Schweifsdrüsennaevi.

II. **Die Lepra der Ovarien,** von L. Glück und R. Wodynski - Sarajevo. Während klinische und histologische Untersuchungen lepröser Hoden die Veränderungen, welche diese Organe durch die Lepra erfahren, und die Ursachen der Impotentia coeundi et generandi leprakranker Männer klargelegt haben, sind die durch die Lepra gesetzten anatomischen Veränderungen der Ovarien und die Ursachen der bei leprösen Frauen so häufig beobachteten Menstruationsstörungen und der Sterilität nicht genügend beleuchtet.

Nach einem Berichte der Kommission des „National Leprosy Furel" ergaben 1564 Ehen Lepröser, in denen ein oder beide Teile krank waren, vor der Erkrankung 2447 und nach dem Auftreten derselben kaum 468 Kinder. Von den Ehen, in denen beide Teile leprös waren, blieben 64,7% steril; war der Mann allein krank, so betrug die Sterilität 59%; war aber die Frau allein leprös, so blieben 70,4% der Ehen unfruchtbar.

Bekannt ist, dafs, wo die Lepra bei weiblichen Personen vor der Pubertät auftritt, sich die Menses überhaupt nicht zeigen. Die Menstruation leprakranker Frauen wird frühzeitig unregelmäfsig und sistiert nicht selten ganz.

Die Verfasser haben nun die Frage zu beantworten gesucht, wodurch diese schweren Funktionsstörungen des weiblichen Geschlechtsapparates bedingt seien.

Zu diesem Zwecke wurden die Ovarien von sechs an Lepra verstorbenen weiblichen Personen einer eingehenden histologisch-bakterioskopischen Untersuchung unterworfen. Dieselbe ergab konstant das Bild einer chronischen interstitiellen Entzündung, welche zur Sklerosierung des Gewebes führte und je nach dem Alter des betroffenen Individuums entweder Hypoplasie oder Atrophie der erkrankten Organe verursachte. Es handelte sich also um eine „Oophoritis chronica leprosa", deren Entwicklung man sich folgendermafsen vorstellen kann: „Die in den Blutgefäfsen kreisenden Bacillen sowohl als auch ihre Toxine bilden einen langsam, aber längere Zeit wirkenden Reiz, welcher die entzündliche Verdickung der Gefäfse bezw. ihre Obliteration verursacht, wobei gleichzeitig das die Getäfse umgebende interstitielle Bindegewebe in Form einer chronischen Zellenwucherung reagiert. Die Verdickung der Getäfswandungen bezw. ihre teilweise Obliteration hat naturgemäfs eine verminderte Ernährung der peripheren Teile des Organes zur Folge, was sich einerseits als Skle-

rose der bindegewebigen Teile und andererseits als Verkümmerung und Atresie der Primordialfollikel äufsert.

Beginnt die Noxe zu einer Zeit ihren schädigenden Einfluſs auszuüben, wo die Ovarien ihre Funktion noch nicht aufgenommen haben oder noch nicht ganz ausgewachsen sind, so hemmt sie nicht nur das Wachstum der Organe, sondern auch die Ausreifung der Primordialfollikel, welche durch fortschreitende Atresie zu Grunde gehen. Die Ovulation kann in den hypoplastischen Ovarien nicht zu stande kommen, und das erkrankte Individuum bleibt sein Lebenlang nicht nur amenorrhoisch, sondern auch steril. Tritt die Krankheit bei einer bereits menstruierten Person auf, so entwickelt sich wohl in der ersten Zeit der eine oder andere Primordialfollikel zum Graafschen Follikel und gelangt vielleicht auch noch zur Reifung und Berstung, in welchem Falle die Patientin unter Umständen auch konzipieren kann. Mit der Zeit hemmt aber die verdickte Albuginea die Ausreifung und Berstung der Graafschen Follikel, die dann entweder hyalin degenerieren oder sich in Cysten umwandeln. Auch in diesem Falle verkümmern unter dem Einflusse der Noxe und der verschlechterten Ernährung des Organes die Primordialfollikel in erhöhter Anzahl, die äufseren Lagen der Parenchymschichten werden sklerotisch, und die atrophischen Ovarien bieten dann das anatomische Bild von Generationsdrüsen, welche bereits ihre Funktion eingestellt haben."

III. **Zur Kenntnis der Leukonychie,** von Th. Brauns-Dessau. Der Verfasser teilt die Krankengeschichte eines Falles und die Befunde der mikroskopischen Untersuchung mit. Danach handelt es sich bei der Affektion, für welche die Patienten zumeist schon eine angeborene Disposition mitbringen, „vorzugsweise um eine Hyperkeratose, die durch eine Ernährungsstörung eine Umsetzung in Parakeratose erfährt, oder um Anämie, die eine Parakeratose begünstigt. Die Art der ernährungsstörenden Momente kann sehr mannigfaltig sein: Congelatio, Neuritis, Gastritis, Typhus, Recurrenz, Vitium cordis, Trauma der Matrix; sie ist untergeordneter Natur. Das Wesen der Leukonychie sowohl als der Leukopathia unguinum haben wir in der Parakeratose zu sehen, und es ist daher nicht gerechtfertigt, beide trennen zu wollen, wie dies Joseph tut".

Verfasser hält es am besten, die Affektion nicht nach der Form der auftretenden Flecke, sondern nach dem Erscheinungsmodus einzuteilen und zu unterscheiden: eine Leukonychia acuta oder simplex und eine Leukonychia chronica oder perstans, deren jeder man noch das formbezeichnende Epitheton punctata, oder maculata, striata, partialis oder totalis beilegen kann.

IV. **Über die Pathogenese des Lupus und ihre Bedeutung für die Behandlung desselben,** von L. Philippson. Im Interesse einer sachgemäfsen, individualisierenden, erfolgreichen Behandlung ist es nicht angängig, den Lupus in allen Fällen für eine reine Hautkrankheit anzusehen. Vielmehr wird man zwei Gruppen von Lupösen unterscheiden müssen. In der einen sind die Träger im übrigen gesunde Individuen, die vor ihrer Hautkrankheit nie an einer tuberkulösen Affektion gelitten haben; in der anderen handelt es sich um tuberkulös oder skrophulös veranlagte oder erkrankte stets leidende Personen. Bei der ersten Gruppe ist der Lupus durch äufsere Infektion entstanden, bei der zweiten dagegen durch Infektion von einem tuberkulösen Herd im Innern des Organismus. Man kann den Lupus der ersten Gruppe kurz als primären, den Lupus der zweiten Gruppe als sekundären bezeichnen.

Der sekundäre Lupus ist seiner Natur nach der schwerere, er beginnt zumeist in der Kindheit und begleitet den Kranken oft zeitlebens, denn seine Heilung hängt von der Heilung des Grundleidens ab.

Der primäre Lupus zeigt nicht, wie der sekundäre, die Tendenz einer rasch fortschreitenden, zerstörenden Krankheit und trägt seinen Namen „fressende Flechte" mit Unrecht. Bei ihm sollte man besser von einem „tuberkulösen Granulom" sprechen.

„Der Lupus ist also gar keine einheitliche Krankheit, sondern nur der gemeinsame Name für zwei fundamental verschiedene Krankheitsprozesse." — Im folgenden beschäftigt sich der Verfasser eingehender mit der Pathogenese des sekundären Lupus und untersucht, auf welche Weise von einem inneren, näher oder entfernter gelegenen tuberkulösen Herde sich auf der Haut Tuberkulose entwickeln kann. In jedem einzelnen Falle von Lupus wird man sich über die Entstehungsweise volle Klarheit zu verschaffen bestrebt sein. Die sekundäre Form ist zweifellos die prognostisch ungünstigere, und der Bericht über glänzende Heilerfolge dürfte sich zumeist auf Fälle des primären Lupus beziehen.

Jede Therapie des sekundären Lupus hat das Grundleiden, den Infektionsherd zu suchen und in Angriff zu nehmen. — Dafs hierbei die verschiedensten Methoden der Behandlung in Frage kommen können, ist zweifellos, ebenso dafs sie einen nach verschiedenen Richtungen hin spezialistisch ausgebildeten und medizinisch geschulten Arzt verlangen.

V. **Zur Pathogenese der syphilitischen Anämie und des syphilitischen Ikterus**, von F. Samberger-Prag. Der Verfasser resumiert seine Betrachtungen folgendermafsen: „Die vorliegende Arbeit zerfällt in zwei Teile. In dem ersten Teile sollte bewiesen werden, dafs wir in dem therapeutischen Einflusse des Hg bei Syphilis zwei Komponenten unterscheiden müssen. Das Hg wirkt einesteils als ein spezifisches, wir können fast sagen, als Antiseptikum gegen das Kontagium der Syphilis, deren Grundlage uns bisher unbekannt ist; weiter aber wirken die Hg-Dosen bei Luetikern als ein Hämolytikum, sie zerstören in bedeutenderem Mafse die Erythrocyten, und dadurch reizen sie zugleich die hämatopoetischen Organe, welche auf diesen stärkeren Zerfall, also auf diesen Anreiz, mit einer erhöhten Tätigkeit antworten und hierdurch den Ausfall der Blutkörperchen, welcher durch die Grunderkrankung bedingt ist, rasch ausgleichen. Im zweiten Teile der Arbeit kamen wir auf Grundlage der klinischen Beobachtungen zu der Ansicht, dafs die konstitutionelle Syphilis besonders in ihren Anfangsstadien als eine den ganzen Organismus einnehmende Krankheit ihren deletären Einfluſs einerseits auf die Erythrocyten, andererseits auf die Leberzellen äufsert. Ist dieser schädliche Einfluſs auf das Leberparenchym ein geringerer, so resultiert hieraus eine alimentäre Glykosurie, bei einem intensiveren oder bei einer stärkeren Störung entsteht neben dieser Glykosurie auch noch die Urobilinurie, und endlich bei schwereren Formen oder längerer Dauer der Syphilis und einer intensiveren Wirkung auf die Funktion der Leberzellen entsteht der Ikterus.

Bezüglich der Störung der Funktion der Leberzellen schliefsen wir uns der Theorie Grützners an, welche dahin geht, dafs durch den Einfluſs der Syphilis die Leberzellen nicht die Fähigkeit verlieren, den Farbstoff zu bilden, ja, dafs sogar durch den Einfluſs dieser Erkrankung auf die Erythrocyten sich in der Leber mehr Farbstoff bildet als de norma; jedoch verlieren die Leberzellen die Möglichkeit, den Farbstoff zurückzuhalten, und infolgedessen entsteht eine Diffusion zuerst des Urobilins, als des leichter diffundierbaren Stoffes, und bei fortgeschritteneren Veränderungen auch das Bilirubins. Es ist daher der syphilitische Ikterus in letzter Reihe ein hepatogener. Hierdurch soll freilich nicht behauptet werden, dafs bei Syphilis ein rein hämatogener Ikterus nicht entstehen könnte, d. h. ein solcher, welcher nur durch den Zerfall der Erythrocyten infolge der Einwirkung des luetischen Kontagiums oder der Lues + Hg zu stande käme. Ebenso kann man nicht a priori die Möglichkeit

eines aus mechanischen Gründen entstandenen Ikterus von der Hand weisen, der durch eine Kompression der Gallengänge entstände, welche wieder die Folge der Anschwellung der Lymphdrüsen wäre (LANCEREAUX), oder auch durch die supponierte Lokalisation eines Exanthems von Efflorescenzen in den Gallengängen erklärt werden könnte, welche eine Analogie mit den Efflorescenzen der Haut bieten (GUBLER, BÄUMLER, SENATOR, MAX JOSEPH.) Es würde sich daher unsere Theorie diesen Theorien an die Seite stellen, um so mehr als dieselbe durch klinische Beobachtungen gestützt erscheint.

VI. **Ein Fall von Pemphigus neonatorum P. RICHTER (Dermatitis exfoliativa neonatorum RITTER) mit Infektion der Mutter und Tod des Neugeborenen,** von N. OSTERMAYER-Budapest. Eine 26jährige Frau gebar am 21. Dezember ein gesundes Mädchen. Am 24. Dezember zeigte das Kind eine von der Unterlippe anfangende, über Kinn, Vorderhals bis zur oberen Brustapertur sich ausdehnende, in Fetzen losgelöste Epidermis; das Corium lag frei, war braunrot, teils trocken, teils feucht. In beiden Mundwinkeln befanden sich eitrig belegte Rhagaden; die Lippenschleimhaut war entzündlich geschwollen, gelockert und gerötet. In der Mundhöhle bestand Aphten. Auch andere Körperteile waren von der Affektion befallen. Die der Epidermis beraubte Hautfläche dürfte nahezu die halbe Körperoberfläche betragen haben.

Die Diagnose lautete auf Pemphigus malignus neonatorum.

Die Mutter, welche das Kind säugte, zeigte die Warzen und Warzenhöfe beider Brüste exkoriiert, entzündlich geschwollen, nässend und gerötet. An der Grenze des Warzenhofes, um diesen herum, befand sich ein aus konfluierten, wulstförmigen, länglichen Blasen bestehender Ring rechts sowohl, wie links. Der Blaseninhalt war eitrig getrübt.

Das Kind wurde am ganzen Körper mit Vaselin bestrichen und in sterile Watte eingehüllt, starb jedoch am 31. Dezember. Die Mutter wurde mit Umschlägen von 3 %iger Borsäurelösung behandelt. Während die Warzen und Warzenhöfe im Abheilen begriffen waren, schossen am 30. Dezember drei mit klarer, seröser Flüssigkeit, gefüllte, braungefärbte, linsen- bis bohnengroſse Blasen zwischen beiden Brüsten über dem Sternum auf, die jedoch in den nächsten Tagen eintrockneten und nur braun pigmentierte Stellen zurückließen, ohne daſs der Blasenausschlag sich über den ganzen Körper ausdehnte.

VII. **Einige Bemerkungen zur Frage über „Carcinoma lenticulare" der Haut,** von W. W. IWANOW-St. Petersburg. Im 7. Bande der von LUBARSCH und OSTERTAG herausgegebenen Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie haben HERXHEIMER und HILDEBRAND in der Literaturübersicht über Neoplasmen der Haut bei Erwähnung des vom Verfasser als sekundäres, multiples, nicht pigmentiertes Hautsarkom beschriebenen Falles die Richtigkeit der Diagnose angezweifelt und Gründe angeführt, welche eher für die Diagnose eines „Carcinoma lenticulare" sprechen sollen.

Verfasser bemüht sich, diese Gründe zu widerlegen, und zu zeigen, auf welchen Miſsverständnissen sie beruhen. — (Vergl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 31. S. 521.)

C. Berliner-Aachen.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XIV. Heft 9.

Ein Beitrag zur Therapie profuser Blasenblutungen, von JACOBY. Die Blasenblutungen kommen meist von selbst zum Stillstand, wenn man die Blase durch Morphium ruhig stellt und der Harnverhaltung vorbeugt durch Trinken

reichlicher Flüssigkeitsmengen, event. durch Einlegen eines Dauerkatheters. Die Blutungen nach therapeutischen Maßnahmen sind aber oft profus, vornehmlich nach der Bottinischen Operation, und haben schon manchem Operierten das Leben gekostet. Verfasser legt deshalb immer nur einen Schnitt und wartet erst den Effekt und die Inzision ab, ehe er einen neuen Schnitt macht. Kommt es nun aber doch zu einer das Leben bedrohenden Blutung, so bleibt die Tamponade der Blase nach vorausgegangener Sectio alta das souveräne Mittel zur Stillung derselben; allein oft sind die Patienten schon zu sehr geschwächt, als daß man sie den Gefahren der Sectio alta noch aussetzen könnte, und für diese Fälle hat Verfasser ein Verfahren ersonnen, das er zwar vorläufig nur erst an der Leiche ausprobiert hat, das ihm aber gut und sicher zu funktionieren scheint, nämlich die Tamponade der Blase per viam naturalem; die Ausführung derselben geschieht mittels eines 30 cm langen Metallkatheters, No. 84 Charrière, durch den mit einem Stopfer leicht eine fortlaufende, 10 cm breite Mullbinde in die Blase bis zur Erreichung des gewünschten Zweckes eingeführt werden kann. Das Ende der Mullbinde bleibt aus der Harnröhre heraushängen und dient zugleich zur Drainage der Blase und so zur Verhütung der Retention. Die Entfernung des Tamponstreifens geschieht durch einen Metalltubus, No. 23 Charrière, und gelingt leicht. Bei der Frau ist die Ausführung der Tamponade natürlich viel leichter.

Über chronische nichtblennorrhoische Urethritis, von Galewski. Verfasser weist auf die gar nicht seltenen Fälle von wahrscheinlich infektiösen Urethritiden hin, die nicht durch den Gonococcus bedingt sind; sie zeichnen sich nach Wälsch durch ein langes Inkubationsstadium aus, ferner durch exquisit chronischen Beginn und Verlauf, durch geringe objektive und subjektive Symptome, durch langwierigen chronischen Verlauf und durch schlechte Prognose bezw. Dauer und Heilung. Verfasser hat 14 derartige einwandsfreie Kranke behandelt, die früher nie blennorrhoisch oder luetisch waren. In keinem dieser Fälle gelang es, durch die modernen energischen Behandlungsmethoden die Heilung zu erzielen; am besten wirkten noch schwache Lösungen gegen die katarrhalischen Symptome, und die Filamente schwanden allmählich von selbst, je mehr die Harnröhre in Ruhe gelassen wurde. Verfasser meint, daß ein großer Teil der chronischen Urethritiden ohne Gonokokkennachweis, die wir spät in Behandlung bekommen, von diesen Urethritiden herrührt, und daß wir vielleicht infolgedessen manchem Kranken den Heiratskonsens verweigern, der ganz gut heiraten könnte. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band I. No. 6.

Geschlechtskrankheiten und Kurpfuscherei, von Carl Alexander-Breslau. Der Verfasser verbreitet sich im ersten Teil der Arbeit über die Ausdehnung, welche die Kurpfuscherei gerade auf dem Gebiete der Behandlung der geschlechtlichen Erkrankungen gefunden hat. Mit der Grillschen Statistik schätzt er die Zahl der Medikaster in Deutschland auf 10000, wobei die Kurpfuschereien in Apotheken und Drogenhandlungen noch außer Betracht bleiben. Von diesen Pfuschern sind nicht weniger als 29 % wegen gemeiner Verbrechen vorbestraft. Und doch läuft das Publikum ihnen zu, ja, sie werden sogar an Krankenkassen angestellt. Wie hoch der Zulauf ist, ersieht man daraus, daß der Hygienologe Jakobi in Berlin innerhalb acht Monaten von 2570 Patienten aufgesucht wurde, und der Direktor des Breslauer Novoxon-Instituts jährlich 45000 Mark Einkommen hatte. Durch große Reklame, das Ver-

sprechen sicherer Heilung in allen, selbst unheilbaren Leiden ohne Störung des Berufs, durch den Anschein wissenschaftlichen Ernstes, durch gefälschte Danksagungen Geheilter u. a. m., zieht das Pfuschertum die Menge der leichtgläubigen Kranken an sich. Ein besonderer Kniff ist es, dafs der Pfuscher unbedeutende Leiden, die spontan abheilen würden, für Tripper, Syphilis und Krebs erklärt, so dafs die Kranken nach Ablauf der Behandlung glauben, durch die Kunst des Quacksalbers von diesen schwer heilbaren oder unheilbaren Leiden wiederhergestellt worden zu sein. In diesem Glauben schreiben sie auch gern die bekannten Zeugnisse über wunderbare Heilungen. Dafs die Mittel der Pfuscher teils wertlos, teils gefährlich sind, ist bekannt. Für wenige Groschen kostende Mittel läfst man sich 30, 50, 60 Mark zahlen. Der Karlsruher Ortsgesundheitsrat hat festgestellt, dafs von 75 durch Reklame angezeigten Heilmitteln, 48 direkt lebensgefährliche Substanzen enthielten, 11 in der Hand von Nichtärzten gefährlich und 16 sowohl viel zu teuer, als auch vollkommen nutzlos waren. Die Gesundheitsschädigungen seitens des Kurpfuschertums sind deshalb auch Legion und gröfser als irgendwelche Statistik angibt. Löwenhardt hält den Pfuschern folgendes Sündenregister vor: Infektiösen Kranken gegenüber wird die Ansteckungsgefahr gegen ihre Umgebung nicht vorgehalten. Durch Nichtbehandlung oder falsche Behandlung wird die Dauer ihrer Infektiosität verlängert. Nicht venerische Kranke werden durch Pfuscher mittels Instrumenten venerisch infiziert. Ungeheilte venerische Kranke heiraten in noch infektiösem Zustand auf die beruhigenden Versicherungen des Pfuschers hin und erzeugen erblich belastete Nachkommen. Dienstboten, die sich mit Vorliebe an Pfuscher wenden, bringen mit ihren sexuellen Krankheiten die ihnen anvertrauten Kinder in Gefahr. Kurpfuscher, die nebenbei ein Gewerbe betreiben (Barbiere), bringen ihre Kunden in die Gefahr der Infektion. *Hopf-Dresden.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Bd. I. No. 3.

Läfst sich die heutige Reglementierung reformieren und in welcher Weise? von Anna Pappritz. Die Verfasserin glaubt, dafs das heutige System der Untersuchung und Kontrollierung der Prostituierten als allgemein wissenschaftlich zu verwerfen gelten darf. Der Mangel an Erfolg beruhte darauf, dafs die Kontrolle sich nur auf einen kleinen Teil der die Prostitution treibenden Frauen erstreckte, nicht sorgsam genug in Ausführung und Dauer war, und dafs die in Spitälern untergebrachten kranken Prostituierten nur selten wirklich geheilt wurden. Nun sind von verschiedenen Seiten Reformen der Prostituierten-Beobachtung und -Behandlungen vorgeschlagen worden. Gegen dieselben, vor allem auch gegen die Vorschläge Neissers auf diesem Gebiete, wendet sich Anna Pappritz. Sie fafst ihren Standpunkt in etwa folgenden Gedankengang zusammen: Die Prostitution ist die Quelle aller venerischen Seuchen. Sie läfst sich aber nie und nimmer mit Gewalt unterdrücken, sondern nur durch soziale Mafsnahmen beeinflussen. Ihre Ursachen sind Nachfragen vom männlichen Publikum, durch rechtliche, wirtschaftliche und überlieferte Abhängigkeit bedingtes Angebot von seiten der Frau und allgemeine soziale Momente, wie Wohnungsnot, geringe Löhne oder Alkoholismus. Das heutige Überwachungssystem der Prostitution ist wirkungslos, ja, sogar schädlich. Sie umfafst leider nicht die geheime Prostitution; sie auf alle dem wilden Geschlechtsleben huldigenden Frauen und Männer oder unschuldig angesteckte Personen auszudehnen, ist untunlich, weil man dann 80% der männlichen und 20% der weiblichen Bevölkerung sanitär beobachten müfste. Jede Reform mufs sich daher auf soziale, erzieherische und gesetzliche Besserungen beschränken. Die Geschlechtskrankheiten sind wie alle übrigen Leiden lediglich als

solche zu betrachten und mit hygienischen und therapeutischen Mitteln anzugreifen. Ein verwickeltes „Zwangs- und Denunziationssystem", wie es Neisser vorschlägt, ist unannehmbar. *Hopf-Dresden.*

The British Journal of Dermatology.

Band 15. September 1903.

I. **Herpes der oberen Portion des linken fünften Nerven mit Ptosis; Paralysis des rechten dritten Nerven mit Iritis; Diabetes**, von Arthur Hall-Sheffield. Ein 66jähriger Eisenschmelzer kam im März 1903 ins Hospital mit kompletter Paralyse des linken dritten und vierten Nerven. Acht Wochen zuvor war er von intensiven Schmerzen in der linken Stirnseite befallen worden. Bald darauf brach an derselben Stelle und auf dem linken Nasenrücken unter heftigen Schmerzen im linken Augapfel ein Ausschlag aus, der aus Herpesbläschen bestand. Sie barsten, trockneten ein und hinterliefsen nach dem Abheilen Narben. Fast gleichzeitig trat Ptosis des linken oberen Augenlides und Doppeltsehen auf. Die Pupillen sind erweitert, das Auge nach aufsen gedreht. Nur der Musculus rectus externus zeigt aktive Beweglichkeit. Die Patellarreflexe sind vorhanden, jedoch herabgesetzt.

Patient hat geringe Albuminurie und ca. 4% Zucker im Urin.

Es handelt sich um einen Zoster ophthalmicus, wobei vielleicht der Diabetes insofern eine ursächliche Rolle gespielt haben mag, als Paralysis der Augennerven und Iritis nicht selten bei der Zuckerkrankheit als das Resultat einer toxischen Neuritis auftreten.

II. **Einige Beobachtungen über Variola**, von Leslie Roberts-Liverpool. Im Winter 1902 wurde Verfasser von einem Manne konsultiert, der drei Tage zuvor im Gesicht eine Anzahl fester, knotiger, glatter, nicht gedellter Efflorescenzen bekommen hatte. Dieselben sahen den Efflorescenzen von Adenoma sebaceum nicht unähnlich. Der Patient sah blafs aus und klagte über allgemeines Unwohlsein. Verfasser liefs die Diagnose in suspenso. Wenige Tage später wurde der Patient mit Variola modificata ins Pockenhospital aufgenommen.

Solche modifizierte Variolafälle haben ältere Autoren, so A. T. Thompson, als postvaccinale Variola bezeichnet. Es figurieren unter diesem Namen in den älteren Lehrbüchern die sogenannte Variola verrucosa, Variola cornea, deutsch die Hornpocken u. a. In Wirklichkeit hatten solche Fälle sehr wenig Ähnlichkeit mit echten Pocken. Nur der Umstand, dafs sie aus einem infizierten Hause kamen, lenkte auf die Natur der Krankheit hin.

Ein anderer Fall, der einen 50jährigen Mann betraf, zeigte bei scheinbar voller Gesundheit seit einigen einen Tagen knotigen Ausschlag im Gesicht, der lebhaft an Acne rosacea erinnerte. Da der Patient jedoch auf einer infizierten Strafse wohnte, so ward es klar, dafs man es mit einem modifizierten Pockenausschlage zu tun hatte.

In vereinzelten Fällen war Verfasser überrascht über die Ähnlichkeit von Pockenpusteln mit Zosterbläschen. Die Pockenefflorescenzen scheinen ein makulöses, papulöses, vesikulöses und pustulöses Stadium zu durchlaufen; in jedem Stadium aber zeigt die Efflorescenz dichte Infiltration. Die Eiterbildung ist als accidentell anzusehen und kann, wie Finsen nachgewiesen hat, durch totalen Ausschlufs der blauen und violetten und der ultravioletten Strahlen des Lichtes im Krankenzimmer vermieden werden. Mit der Beseitigung des Suppurationsstadiums würde man den Pocken viel von ihrem Schrecken nehmen.

III. **Labiomykosis**, von W. Evans. Die Mundhöhle beherbergt in gesundem Zustande viele Organismen, die man als „normale" Bewohner ansehen mag. Daneben

kommen jedoch auch zufällige Mikroorganismen vor, die unter günstigen Bedingungen, so wenn die Schleimhaut oder die benachbarte Haut sich in einem Reizzustande befinden, pathogene Wirkungen ausüben.

Verfasser sah ein fünfjähriges, wohlgenährtes Mädchen, das seit zwei Monaten einen Ausschlag um den Mund herum, sowohl an der Ober- wie an der Unterlippe, hatte. Nur die Hautoberfläche war ergriffen, die Schleimhaut war völlig intakt. Die Affektion bestand in parallel sich hinziehenden geröteten Streifen, die sich rauh anfühlten, schuppig und etwas schmerzhaft waren. Die Mutter führte den Ausschlag darauf zurück, dafs das Kind die Gewohnheit habe, fast beständig seine Lippen zu belecken. Wurde es in dieser Gewohnheit für eine Zeit streng beschränkt, so besserte sich der Zustand rasch.

Die Mundhöhle, die Zunge waren vollkommen gesund.

Verfasser untersuchte einige von der affizierten Haut abgekratzte Schüppchen mikroskopisch und fand eine Anzahl grofskalibriger, nicht septierter Mycelfäden von 6—10 μ im Durchmesser; keine Spur von Sporulation irgend einer Form war sichtbar. Der Versuch einer Reinzüchtung des Mikroorganismus gelang nicht.

Die Applikation von weifser Präcipitatsalbe genügte, um in einigen Tagen die Affektion zum Schwinden zu bringen. Die Salbe wirkte nicht nur als Antiseptikum, sondern verhinderte auch, dafs die Lippen durch Lecken feucht wurden. Seitdem hat Verfasser mehrere derartige Fälle gesehen, bei denen stets derselbe Organismus anwesend war, der wahrscheinlich zu den Hyphomyceten gehört.

In klinischer wie ätiologischer Beziehung verdient die Affektion die ihr vom Verfasser beigelegte Bezeichnung einer „Labiomykosis".

IV. **Ein Fall von Angiokeratoma mit Frostcyanose, Erythema pernio und Bazins Krankheit**, von S. E. Dore. Das 18jährige, dürftig genährte Mädchen leidet seit vielen Jahren an blauverfärbten, geschwollenen Händen. Später wurden in ähnlicher Weise auch die Füfse und die Arme befallen. Im Alter von zwölf Jahren bekam die Patientin Geschwüre an den Armen und Beinen. Alle ihre Geschwister leiden, wenn auch im geringeren Grade, an derselben Krankheit.

Gegenwärtig fühlen sich die Finger beider Hände eisig kalt an, sehen blau, cyanotisch aus und sind beträchtlich geschwollen. Stellenweise zeigt die Haut der Hände ein geflecktes Aussehen, das durch zahlreiche kleine, dunkelblaue, punktförmige Teleangiektasien bewirkt wird. Die Haut über den letzteren ist ein wenig erhaben und von deutlich verruköser Beschaffenheit. Die Dorsalflächen sind stärker befallen als die Volarflächen. Das Krankheitsbild entspricht genau dem von Mibelli und Pringle beschriebenen „Angiokeratoma".

Oktober 1903.

I. **Rezidivierendes Ekzem exponierter Körperteile: Hitze- und Kälteekzem**, von W. B. Warde. Der Verfasser macht zum Gegenstande seiner Betrachtungen eine Art von Ekzem, welches in der Literatur unter verschiedenen Namen figuriert, wie „Ekzema erythematosum" (Crocker), „Erysipelas-Ekzema" (Hutchinson) und „Ekzema érysipélatoide récidivant des arthritiques" (Brocq). Bisweilen ohne sichtbare Ursache, häufiger jedoch als eine Folge traumatischer Einflüsse, so der Exposition kalter Winde, der Sonnenstrahlen, grofser Hitze und gewisser chemischer Substanzen, werden Gesicht, oft auch Hände und Vorderarme von einem akuten Ödem mit mehr oder weniger oberflächlicher, der Natur der erregenden Ursache entsprechender katarrhalischer Dermatitis befallen. Die ödematöse Schwellung kann, so rasch wie sie gekommen, wieder verschwinden, um auf den geringsten Reiz zurück-

zukehren. Die Neigung zu Rezidiven ist namentlich im Frühjahr und Herbst vorhanden. Mit Vorliebe befällt das Ödem Leute, die schon an einem chronischen Ekzem leiden oder gelitten haben; zuweilen geht es in eine unheilbare Form des Ekzems über. Die Erscheinungen sind zumeist auf besonders exponierte Körperteile, wie Gesicht, Hals, Vorderarme und Hände, beschränkt. Zuweilen aber sind sie von Ausschlägen begleitet, welche die bedeckten Teile treffen.

Verfasser ist überzeugt, dafs traumatische Einflüsse bei der Entstehung mancher Ekzemformen eine hervorragende und direkte Rolle spielen, und dafs die Anwesenheit von Mikroorganismen im Bläschen- oder Pustelinhalt accidentell ist. Das primitive, helle Ekzembläschen hat sich nach den Untersuchungen von Kreibich, Veillon und nach eigenen Beobachtungen des Verfassers als steril erwiesen.

Die Chronicität eines Falles hängt von wesentlichen Faktoren ab:

1. von der fortgesetzten oder wiederholten Wirkung eines irritierenden Agens;
2. von der Schädigung, welche die Haut dadurch erfährt.

Klinisch kann man unter der enormen Zahl der Fälle drei Hauptgruppen unterscheiden:

1. Fälle, bei denen die Körperkonstitution das Krankheitsbild beherrscht.
2. Fälle, bei denen die Haut aufser stande ist, die gewöhnlichen Reize, denen sie ausgesetzt wird, zu ertragen.
3. Fälle, bei welchen die Krankheit von Beginn an als parasitär erscheint.

Verfasser beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit mit der zweiten Gruppe und teilt aus seiner Praxis Fälle mit, bei denen Kälte und Hitze und andere Irritamente eine Rolle als Ekzemerreger gespielt haben. Er zeigt, wie das ursprüngliche Krankheitsbild durch weitere Traumen, Kratzen, Scheuern der Kleider, unzweckmäfsige Applikation von Medikamenten, durch Parasiten derart verändert werden könne, dafs man es nicht mehr wiederzuerkennnen im stande sei und zu falschen Diagnosen oder zur Aufstellung neuer Krankheitsformen verleitet werde.

II. **Über die pathologische Wirkung der Röntgenstrahlen,** von J. M. H. MacLeod. Verfasser resumiert den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse über die pathologische Wirkung der Röntgenstrahlen in folgenden Schlufssätzen:

1. Die X-Strahlen haben in kleinen Dosen eine stimulierende Wirkung auf die Elemente der gesunden Haut.

2. In grofsen Dosen, durch lange Expositionen, starke Nähe der Röhre von der Haut u. s. w. sind die Strahlen im stande, die Gewebselemente zu vernichten oder ihre Degeneration zu bewirken. Diese Fähigkeit ist das Resultat einer direkten Wirkung der X-Strahlen.

3. Die höher differenzierten Gewebsstrukturen, wie die Haarfollikel, die Drüsen, Nägel und Blutgefäfse, werden leichter und intensiver von Strahlen getroffen, als die niedriger differenzierten Epidermiszellen oder das Bindegewebsstroma des Coriums.

4. Die pathologisch veränderten Zellen, seien sie epiblastischen oder mesoblastischen Ursprunges, sind gegenüber den X-Strahlen weniger widerstandsfähig als die gesunden Zellen, und werden mit kleinen Dosen der Strahlen getötet; diese destruktive Wirkung auf die erkrankten Elemente kann Platz greifen, während die gesunden Elemente in der Nachbarschaft, anstatt ihre Vitalität einzubüfsen, zu einem Regenerationsprozefs die Anregung geben.

5. Die Wirkung der X-Strahlen ist eine kumulative, und wenn die Gewebsdegeneration einen gewissen Grad erreicht hat, dann werden die toxischen Produkte der zerfallenden Zellen fähig, eine entzündliche Reaktion, die eine sekundäre Erscheinung ist, hervorzurufen.

6. Diese entzündliche Reaktion tritt in einem Gewebe auf, dessen Vitalität bereits durch die Wirkung der Strahlen vermindert worden ist, geht mit tieferen destruktiven Veränderungen einher, als die durch die aktiven Strahlen gesetzten sind, und neigt zur Ulceration, Nekrose und zu einem unvollständigen Regenerationsprozefs.

C. Berliner-Aachen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1903. Heft 7—8.

Die Cerebrospinalflüssigkeit der Syphilitiker im sekundären Stadium, von P. Ravaut. Diese Arbeit, der 84 Einzeluntersuchungen zu Grunde liegen, deckt viele interessante Punkte auf. Von den 84 weiblichen Syphilitikern im sekundären Stadium verhielt sich die Cerebrospinalflüssigkeit 28 mal normal; in 56 Fällen dagegen bestanden die Symptome einer Meningitis, die sich durch die Anwesenheit mehr oder minder zahlreicher Lymphocyten bekundete. Wunderbarerweise liefsen sich zwischen dieser Meningitis und der Cephalea syphilitica keine Beziehungen feststellen, während den hartnäckigen Hautsymptomen — Pigmentsyphilid, papulöses Syphilid u. s. w. — fast regelmäfsig eine bedeutende Beimengung von Eiterkörperchen in dem Liquor cerebrospinalis entsprach. Dasselbe Verhalten kam bei zwei Fällen von syphilitischer Facialislähmung und vier Fällen von Iritis syphilitica zur Beobachtung. Dafür, dafs mit dem An- und Abschwellen der sichtbaren sekundären Symptome auch die Meningitis entsprechend zu- und abnimmt, scheinen zwei Fälle zu sprechen, bei denen in verschiedenen Stadien der äufseren Erkrankung die cerebrospinale Flüssigkeit untersucht wurde; doch behält Verfasser die Entscheidung dieser Frage weiteren Nachprüfungen vor. — Neben den Eiterkörperchen enthielt der Liquor cerebrospinalis auch regelmäfsig Eiweifs in beträchtlichen Mengen, das bei nicht entzündeten Meningen nur spurenweise vorhanden ist. — Eine gröfsere Anzahl von Patientinnen verspürte mehrere Stunden nach Entnahme von 3,0—4,0 Flüssigkeit Kopfschmerzen, bei einigen stellte sich auch Erbrechen ein; die meisten von ihnen boten die mikroskopischen Symptome der Meningitis dar. — Endlich hat Verfasser auch noch die Cerebrospinalflüssigkeit anderer, nicht syphilitischer Hautkranker untersucht, hier aber niemals verdächtige Beimengungen gefunden.

Der Liquor cerebrospinalis der Tabetiker, von G. Milian. Eine Lymphocytose des Liquor cerebrospinalis, als Ausdruck einer Meningitis, findet sich auch, wie neben vielen anderen Forschern auch M. gefunden hat, bei der Tabes. Von 20 daraufhin untersuchten Fällen aus der Fournierschen Klinik war der Befund in 14 Fällen positiv, in vier Fällen negativ, zwei Fälle mufsten ausgeschieden werden, weil sich die Flüssigkeit bei der Punktion mit Blut vermischt hatte.

Die vier Fälle mit negativem Befund betrafen ganz alte, unveränderliche und wenig ausgesprochene Tabesformen, sogenannte „Tabes frustes". Das nämliche gilt von drei Fällen mit nur geringgradiger Leukocytose der Cerebrospinalflüssigkeit. Bei den übrigbleibenden elf Fällen dagegen handelt es sich um ausgesprochene Tabes mit Ataxie. Aus seinen weiteren Beobachtungen teilt der Verfasser mit, dafs diese tabetische Lymphocytose auch durch eine energische Quecksilberbehandlung nicht beeinflufst wurde. Sollte dies Verhalten sich in der Zukunft als die Regel erweisen, dann hätte Fournier Recht, die Tabes nicht als eine post-, sondern als eine parasyphilitische Erkrankung aufzufassen.

Das Adenoma sebaceum circumscriptum, von Ch. Audry. Als Adenoma sebaceum circumskriptum beschreibt A. eine Neubildung der Haut, die aus kleinen, papulösen Knötchen sich zusammensetzt. Ein solcher Herd erreicht einen Umfang

von höchstens 8 cm, hat meistens unregelmäfsige Formen, rote, braune oder gelbe Farbe, eine höckerige Oberfläche. Die einzelnen Knötchen weisen an ihrer Spitze eine Öffnung auf, aus der sich auf Druck Sebum entleert. Haare kommen auf dieser Neubildung fast gar nicht vor; sie setzt sich gegen ihre Umgebung scharf ab und wurde bis jetzt nur im Gesicht, Stirn, Schläfe, Nase, Wange beobachtet. Sie verursacht weder Schmerzen noch Jucken, wächst ganz langsam, aber stetig, kommt schon im frühen Kindesalter vor. Die bisherigen Fälle, sechs an der Zahl, betrafen nur männliche Individuen. Die einzige Therapie besteht in der chirurgischen Entfernung.

Histologisch handelt es sich um eine Vereinigung von in ihrer Zahl und in ihrem Umfang vermehrten Talgdrüsen, die im übrigen aber normalen Bau und normale Funktion haben; ihre Ausführungsgänge sind sehr erweitert und bilden häufig Cysten. — Mit den Naevi, besonders mit dem Naevus sebaceus darf man das Adenoma sebaceum circumskriptum nicht verwechseln. AUDRY weist mit besonderem Nachdruck auf die unterscheidenden Merkmale hin. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1903. Heft 7.

Arbeiten aus der dermato-syphilitischen Klinik zu Toulouse.

Über einen Fall von Lentigo infantilis profusa, von CH. AUDRY. 13jähriges, ganz gesundes Mädchen. Erstes Auftreten des Ausschlags an der rechten Brusthälfte, Linea axillaris, Höhe der falschen Rippen. Die einzelnen Elemente sind höchstens stecknadelkopfgroſs, eher stern- als linsenförmig, sehen aus wie Purpuraflecke im Stadium der Resorption und verursachen keinerlei Beschwerden. Sie verbreiteten sich allmählich auf verschiedene Körperstellen, zeigten aber sonst innerhalb eines Jahres keinerlei Veränderungen.

Über Ödemknoten der Wangen (Syphilid nodosum profundum), von CH. AUDRY. Die ödematösen Knoten fanden sich bei einer kräftigen 35jährigen Frau, die gar kein sonstiges Symptom von Syphilis aufwies. Die Knoten, vier an der Zahl, saſsen an verschiedenen Stellen der Wangen und zeigten Neigung, langsam von selber zu verschwinden. Da dieser Prozeſs durch Jodkalium sehr beschleunigt wurde, so nimmt A. an, daſs es sich um Syphilide gehandelt habe.

Über den Leichentuberkel, von AUDRY und DALOUS. Es wird über drei Fälle von Leichentuberkeln bei jungen Medizinern berichtet. Alle drei waren gleichmäfsig bacillärer Natur und, wie die Verfasser annehmen, traumatischen Ursprungs. Wahrscheinlich genügt schon eine geringfügige Verletzung der Epidermis für die Ansiedelung der Bacillen.

Zur syphilitischen Natur der Tabes, von CH. AUDRY. Die Fälle, die A. hier aufführt, sprechen nach seiner Meinung dafür, das die Tabes syphilitischer Natur sei, und nicht nur parasyphilitischer, wie FOURNIER annimmt. Seine Fälle, vier im ganzen, gehören zwei Gruppen an; in der einen bestanden neben der Tabes ausgesprochen syphilitische Symptome, das eine Mal eine Glossitis specifica, das andere Mal ein Erythema circinatum syphiliticum. Bei den Fällen der zweiten Gruppe gingen alle tabischen Symptome nach einer gemischten Behandlung zurück. — Als zweites Ergebnis dieser Beobachtungen stellt A. hin, daſs man auch ohne die LEREDDEschen Masseneinspritzungen mit Schmierkur und Jodkalium günstige Erfolge erzielen kann.

Die Behandlung der Syphilis mit Argentum kolloidale, von CH. AUDRY. AUDRY hat in zwei Fällen von sekundärer Syphilis Versuche mit intravenösen Einspritzungen einer 1%igen Lösung von Argentum kolloidale gemacht. Diese Ein-

spritzungen wurden ausgezeichnet gut vertragen und hatten keinerlei Nachteile im Gefolge. Doch blieb ihre Wirksamkeit hinter derjenigen der bekannten Methoden weit zurück. Zu einem endgültigen Urteil genügen diese beiden Erfahrungen allerdings noch nicht.

Von der Rolle der Lymphostase in der Pathogenese des Syphiloma ano-rectale, von Ch. Audry. In dem mitgeteilten Fall bestand neben einem Syphiloma ano-rectale ein ungeheures starres Ödem des linken Labium majus; vor Jahren war langdauernde Bubonenvereiterung voraufgegangen. A. benutzt auch diesen Fall, um die Bedeutung der Lymphstauung für das Zustandekommen derartiger hypertrophischer Syphilome zu erläutern und stützt sich dabei namentlich auf deutsche Arbeiten. Solche Neubildungen, wie die beschriebene, sagt er, sind nicht parasyphilitisch, sondern wirkliche Syphilome. Aber diese Syphilome erhalten ihren eigentümlichen hypertrophierenden Charakter nur durch die im ganzen ano-vulvären Gebiet bestehende Lymphstauung; diese aber ist wiederum eine Folge der voraufgegangenen Vereiterung der Leistendrüsen.

Zusammentreffen von Lichen planus und Bleivergiftung, von Ch. Audry und Dalous. Der Fall liegt sehr einfach. Zweifelhaft erscheint den Beobachtern nur, ob es sich um ein rein zufälliges Zusammentreffen beider Krankheiten handelte, oder ob der Saturnismus vielleicht in einem ursächlichen Verhältnis zum Saturnismus stand. Ebenso lassen sie es in der Schwebe, ob die vorhandene leichte Eosinophilie von dem einen oder dem anderen Zustand abhing.

Über eine Ursache der sogenannten Jodoformausschläge, von Ch. Audry. In dieser kurzen Notiz führt A. aus, dafs viele Jodoformausschläge nur durch den gleichzeitigen Gebrauch von Jodoform und Quecksilber zu stande kommen. Bei einiger Vorsicht könne man diese Exantheme also leicht vermeiden.

Akute Carcinose der Kopfhaut, von Ch. Audry. Die wenigen Zeilen bringen den Schlufsbericht einer im Februarheft des *„Journal"* mitgeteilten Krankengeschichte. Die betreffende Patientin ist schliefslich, nachdem die ganze Haut des Kopfes und des Halses in eine starre, feste Geschwulstmasse verwandelt war, unter entsetzlichen Qualen ihren Leiden erlegen.

Die Verbreitungswege der Tuberkulose von der Schleimhaut zur äufseren Haut der Nase, von Ch. Audry. Davon ausgehend, dafs jeder Lupus der Nase erst Folge einer Tuberkulose der Nasenschleimhaut sei, bespricht A. die Wege, auf denen die Tuberkelbacillen nach aufsen dringen. Er findet deren zwei; der eine führt durch die Gewebe, der andere durch die Gefäfse. Die Gewebe werden von den Bacillen entweder oberflächlich durchwandert, indem die Mikrobien von der Schleimhaut über den Rand der Nase nach aufsen kriechen, oder sie bohren sich direkt durch die Nasenflügel und die Nasenscheidenwand hindurch. — Beim Weg durch die Gefäfse kommen alle drei Arten der Gefäfse, Arterien, Venen und Lymphwege, in Betracht.

Das Eindringen der Lepra in Algier, von L. Raynaud. Algier ist im Vergleich zu Tunis, Marokko und Ägypten einstweilen noch ziemlich frei von Lepra. Im Jahre 1897 wurden dort nur 58 Fälle gezählt; davon kamen 24 auf Spanier, die zum gröfsten Teil aus Valencia und Alicante stammten. Jetzt hat sich die Zahl der Leprösen in Algier um 30 vermehrt, davon 21 Spanier. Da Algier besonders von Spanien aus bevölkert wird — im Jahre 1900 waren von 32000 Fremden 18000 Spanier —, so ist die Gefahr, die dem Lande dadurch droht, eine bedeutende, und R. veröffentlicht diese Zahlen, um die Regierung auf die Gefahr aufmerksam zu machen.

Dyskeratosis palmaris im Verlauf einer Ichthyosis irritabilis, von Ch. Audry-Toulouse. Die Dyskeratose bestand in einem trichophytiasisähnlichen Ausschlag; kleine, rundliche, desquamierende Flecke bedeckten beide Handflächen; der

Grund dieser Flecke bestand aus einer rötlichen, zarten, glänzenden Epidermis; keine Spur von Infiltration oder Vesikulation. Als einfache Ekzematisation will A. diesen Fall nicht gelten lassen. Bildet der Ausschlag der Hände aber eine Komplikation, oder gehört er zu dem Gesamtbild einer abnorm verlaufenden Ichthyosis? Diese Frage bleibt noch zu beantworten.

Über die Behandlung der Trichophytiasis capitis mit Chrysarobin, von MENAHEM HODARA-Konstantinopel. H. bedient sich zur Bekämpfung der Trichophytie des von UNNA zuerst empfohlenen Chrysarobins, das er in einer 5—10%igen Lösung von Chloroform und Glycerin ää verwendet. Diese Salbe wird auf die kahl rasierten Stellen einige Tage lang täglich einmal aufgetragen, bis sich eine entzündliche Rötung zeigt. Dann wird alles Chrysarobin mit Olivenöl sorgfältig entfernt und mit der Behandlung erst wieder begonnen, wenn die letzte Spur von Entzündung geschwunden ist. Heilung erfolgt bei diesem Vorgehen in vier bis fünf Monaten. H. setzt die Behandlung immer noch vier Wochen auch nach erfolgter Heilung fort. — Das Gesicht und namentlich die Augen sind vor der Einwirkung des Chrysarobins sorgfältig in acht zu nehmen. *Türkheim-Hamburg.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary-Diseases.

September 1903.

1. **Dermatologischer Unterricht in Madrid,** von A. RAVOGLI - Cincinnati. Madrid hat ein Krankenhaus, welches nur für dermatologische Kranke reserviert bleibt, St. Johann de Dios. Es liegt inmitten prächtiger Gärten und ist nach dem Pavillonsystem gebaut. Es enthält 25 einzelne Pavillons. Die Säle sind von mittlerer Größe, zu 20—24 Betten berechnet. Eine Anzahl interessanter Fälle fand sich daselbst, unter anderem ein Fall von multipler Hautnekrobiose infolge kapillarer Stauung. Es handelte sich um einen 27jährigen Mann, dessen ganze Hautoberfläche eine bläulichbraune, marmorähnliche Verfärbung zeigte. Vorderarme und Unterschenkel wiesen intensive Cyanose auf. Die Venen der Extremitäten waren erweitert. Bei horizontaler Lage des Patienten schwand die Cyanose der Glieder. Im Bereich der größten Blutstauung fand sich eine Anzahl nekrotischer Herde. Sie pflegen ohne subjektive Erscheinungen an Stellen größter Kapillarstase zu beginnen, und zwar als bräunlicher Fleck mit herabgesetzter Sensibilität. Unter Blaufärbung und Austrocknung, sowie Cyanose und Schwellung der Umgebung erfolgt dann die Nekrotisierung, die nach mehrmonatiger Dauer mit Schorfbildung eine Narbe hinterläßt. An den Unterschenkeln kommt es vielfach nicht zur Schließung der Haut und zur Vernarbung. Einzelne Flecke weisen tiefer gehende Nekrosen, bis ins Unterhautbindegewebe auf. Die Temperatur des Kranken schwankt zwischen 36,2 und 37° C., Hände und Füße sind stets kalt und weisen kalten Schweiß auf. Schleimhäute normal. Linker Vorhof des Herzens erweitert. Die Hauterscheinungen gehen auf die Geburt zurück und beruhen möglicherweise auf einer fehlerhaften, embryonalen Bildung der Gewebsteile, welche die Wände der Blutgefäße, besonders der Kapillaren aufbauen.

In einem Pavillon des Krankenhauses befindet sich ein dermatologisches Museum, seit 30 Jahren bestehend und mit einem Laboratorium verbunden, zahlreiche Moulagen beherbergend. In diesen Räumen lesen die Hospitalärzte für die Medizin-Studierenden Vorlesungen.

2. **Die Heilung der Hydrocele durch eine einfache Operation,** von LICOVISH-Barbados. Verfasser rät, mit einem schmalen Messer äußere und innere Tunica vaginalis zu spalten und letztere zu spalten. Bei umfangreicher Varicocele wird nun die Hälfte der Flüssigkeit, bei geringer Flüssigkeit nichts abgelassen. Die äußere Wunde

wird daraufhin geschlossen. Durch das Abfliefsen der Flüssigkeit über die Ränder der inneren Wunde wird deren Zuheilung verhindert. Durch die Passage zwischen innerer Höhlung und dem umliegenden lockeren Gewebe wird eine weitere Absonderung verhütet. Die Operation, wenn unter Asepsis vorgenommen, kann, ohne dafs der Kranke das Bett zu hüten braucht, vorgenommen werden.

3. **Prostitution in Japan**, von Salomon Claiborne Martin-St. Louis. Bis 1596 war die Prostitution in Tokio unerlaubt und ungeregelt. Öffentliche Häuser, soweit vorhanden, waren verstreut. Nur drei Stadtviertel, welche nahe bei einander lagen und etwa 50 öffentliche Häuser umfafsten, zentralisierten die Prostitution. Es waren das die Quartiere Koji-machi, Kamakura-gashi und Yangi-machi. Nachdem die Stadt Tokio, damals noch Yeddo geheifsen, zum Sitz der Takugawaregierung erwählt worden war, nahm ihre Gröfse rapid zu; damit wuchs auch die Menge der sich Prostituierenden und deren Klientel. So sah sich die Regierung bald gezwungen, die gewerbsmäfsige Unzucht von Staats wegen zu regeln und zu beaufsichtigen. 1612 petitionierten die Inhaber der öffentlichen Häuser jener genannten drei Häuserviertel, dafs man ihnen die Verlegung ihrer Bordelle in ein Quartier aufserhalb der Stadt gestatte. Der Führer dieser Bewegung war ein gewisser Skoji Jinyemon. So kam es zur Schaffung des bei Fukiya-machi gelegenen Prostituiertenviertels Yoshiwara; diese Bezeichnung ging dann allmählich als Bezeichnung für „Bordellstadt" in den Sprachgebrauch des japanischen Volkes über. 1656 wurde das Yoshiwara von Tokio verlegt, und zwar in die Nähe von Nipon-dsutsumi. Das Leben der Prostituierten in Yoshiwara wird im folgenden genau beschrieben. Es ist in früheren Veröffentlichungen im vorliegenden Journal ausführlich geschildert worden.

4. **Über Anatomie, Physiologie und Pathologie des Urogenitalapparates**, von Bransford Lewis-St. Louis. Der Verfasser geht von der richtigen Erkenntnis aus, dafs unsere männliche Jugend über allerlei unterrichtet wird, nur nicht über das Geschlechtsleben und seine natürlichen Äufserungen. So passiert es, dafs viele junge Leute durch Kurpfuscheranzeigen in den Tagesblättern in Angst versetzt und zu Melancholie und Selbstmord getrieben werden, weil sie an Mannesschwäche, Nieren- und Harnröhrenleiden krank zu sein glauben. Im folgenden gibt Lewis kurze Beschreibungen der Organe des Urogenitaltrakts, ihrer physiologischen Äufserungen und ihrer Krankheiten.

5. **Bakterien als ätiologische Faktoren bei Haut- und Urogenitalleiden**, von Gottfried Trautmann-München.

6. **Die Technik der Prostatektomie**, von Nicolaus Senn-Chicago. Beide Abhandlungen enthalten Bekanntes. *Hopf-Dresden.*

Bücherbesprechungen.

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. Herausgegeben unter Mitwirkung namhafter Autoren im Namen des wissenschaftlich-humanitären Komitees von M. Hirschfeld-Charlottenburg. 5. Jahrgang. Band I. Die neue Ausgabe des Hirschfeldschen Jahrbuches enthält ein reiches, den homosexuellen Fragen gewidmetes Material. Der Herausgeber beginnt mit seinem Aufsatz: „Ursachen und Wesen des Uranismus", der folgende Unterabteilungen umfafst: Das urnische Kind. — Das Harmonische der urnischen Persönlichkeit. — Die Unausrottbarkeit der Homosexualität. — Heredität und Homosexualität.

Als Anhang zu dieser Studie ist eine recht interessante Selbstbiographie eines homosexuell veranlagten Arbeiters Franz S. abgedruckt. Derselbe schildert, wie er in einer freudlosen Jugend voll angestrengter Arbeit aufwuchs und schon frühzeitig anders war wie andere Knaben. Er spielte mit Vorliebe mit den Puppenwagen und Puppenstuben kleiner Kameradinnen und übertraf die letzteren bald an Geschicklichkeit in allen weiblichen Handgriffen und Beschäftigungen. Seine Mutter zog ihn deshalb gern zur Hilfe in Haus und Küche heran. Mit Knaben benahm er sich eigentümlich und brachte stets ein freundlich-versöhnendes Moment in deren Spiele und Zänkereien. Frühzeitig interessierten den Knaben die schönen Formen seiner Gespielen, die er mit den Augen verschlang. Besonders schwärmte er für Jungen mit lockigem Haar. Solch einem konnte er sich sklavisch unterordnen. Für einen solchen fühlte er auch das erste Mal „Liebesschmerzen". Dieses Objekt der Liebe war aber ein sexuell normal veranlagter Knabe und brachte dem schwärmenden, ekstatisch ihn anstaunenden und ihn mit Zärtlichkeiten überschüttenden Freund nur freundschaftliche Gefühle von Dankbarkeit und Anhänglichkeit entgegen. Unseres Arbeiters gröfstes Glück bestand darin, von Willys in Wirklichkeit nicht erwiesenen Liebkosungen gegen ihn zu träumen. So wurde er gröfser und wurde, da in der Familie Not eintrat, als Bursche in ein Roll- und Speditionsgeschäft gebracht. Eine Gelegenheit des Zufalls wollte es, dafs unser junger Rollfahrer für seinen Freund eine diesen beschirmende Handlung vollbringen konnte, und gelegentlich der überströmenden Dankesbezeugungen gestanden sich die Freunde ewige Liebe und Treue. Es kam zu Küssen, und schon glaubte Franz S. in Willy eine gänzlich gleichgestimmte Seele gefunden zu haben. Aber bald zeigte sich doch die Differenz in der sexuellen Sphäre. Gutmütig wehrte der Freund alle zu stürmischen Liebkosungen ab, er meinte, dafs er doch kein Mädchen sei. Im Gegenteil begann er sich für Mädchen zu interessieren, was Franzens Abneigung gegen das weibliche Geschlecht nur erhöhte. Er fühlte gegen dasselbe Rache und Wut. Um sich zu zerstreuen, widmete sich unser Arbeiter, damals 18 Jahre alt, dramatischen Neigungen in einem Schauspieler-Dilettantenverein, kam hier viel in Gesellschaft und liefs sich sogar herbei, Tanzstunde zu nehmen. Im Lokale, wo diese letztere abgehalten wurde, traf er nun einen schwarzgelockten Kellnerlehrling, die erste gleichgestimmte Seele, mit der er, statt mit seinen Damen zu tanzen, sofort Verkehr suchte und fand. Franz S. erzählt dann, wie er beim Akte der gleichgeschlechtlichen Liebe in einem hinteren Zimmer der Gastwirtschaft mit seinem Geliebten überrascht und der Polizei ausgeliefert wurde. Er erlitt eine Verurteilung zu sechs Monaten Gefängnis und beschreibt in glaubhafter Weise, wie er so ganz und gar nicht habe fassen können, warum man ihn so hart bestrafe, warum man ihn als einen besonders schlimmen Verbrecher aus der menschlichen Gesellschaft ausstofse, warum sich seine Familie von ihm lossage. Während der Gefangenschaft lebte er völlig keusch, obwohl er die Masturbation wohl kannte. Sobald er aber die Freiheit wieder hatte, wendete er sich, durch unbezwinglichen Drang getrieben, aufs neue dem Ausflusse seiner homosexuellen Leidenschaft zu, obwohl seine Familie, die sich ihm wieder zugewendet hatte, alles versuchte, ihn auf normale Bahnen zurückzuführen. — Abermaliger urnischer Verkehr, Entdeckung, Flucht, Verstofsung, Auswanderung nach Amerika. Endlich kam Franz S. nach Europa zurück und lernte in der Familie eines Freundes ein ihm sympathisches Mädchen kennen und liefs sich verleiten, um die Hand des ihm zugetanen Weibes anzuhalten. Es erfolgte die Heirat, doch schwand der Reiz des heterosexuellen Verkehrs wie im Fluge. S. schildert nun weiter die durch die Heirat erhöhten Qualen seines urnischen Dranges und wie er ihm wieder verfallen — alles in allem eine wahrhaft mitleiderregende Schilderung des Lebens eines armen, homosexuell veranlagten Menschen.

Näcke-Hubertusburg berichtet über einige psychologisch dunkle Fälle von geschlechtlichen Verirrungen in der Irrenanstalt, Neugebauer-Warschau referiert über „Chirurgische Überraschungen auf dem Gebiete des Scheinzwittertums", und Rosa von Braunschweig über Felicitas von Festvali, die urnische Schauspielerin. Es folgen Goethes Briefe über die mann-männliche Liebe in Rom, und Quellenmaterial zur Beurteilung angeblicher und wirklicher Uranier von Karsch-Berlin. Letzteres umfaßt Heinrich Höfsli, Franz Desgouttes, Herzog August den Glücklichen von Sachsen-Gotha und Mademoiselle Maupin, ebenfalls eine homosexuell veranlagte Schauspielerin.

Hopf-Dresden.

Pathologie und Therapie des Ekzems, von P. G. Unna-Hamburg. (Alfred Hölder, Wien 1903.) Aus der berufenen Feder Unnas ist ein größeres, über 200 Druckseiten umfassendes Werk über das Ekzem in seiner ganzen Bedeutung erschienen, welches sicher die Beachtung sämtlicher Dermatologen im höchsten Grade finden wird, enthält es doch ungefähr alles, was über das Ekzem bekannt ist, in knapper und doch klarer Form neben den eigenen Anschauungen des Verfassers, der sich bekanntlich von jeher gerade mit dem Wesen und der Therapie dieser verbreitetsten Hautkrankheit eingehend beschäftigt hat.

Nach einer kurzen Vorbemerkung widmet Unna ein großes Kapitel der Geschichte des Ekzems. Anfangs verstand man unter Ekzem furunkel- oder karbunkelartige, jedenfalls nicht juckende oder nässende, sondern brennend heiße und trockene Eruptionen. Erst mit Willan, 1798—1808, endet für den Ekzembegriff Altertum und Mittelalter. Willans Definition lautet: „Eine Eruption kleiner, nicht kontagiöser, gehäuft stehender Bläschen, welche durch die Absorption der in ihnen enthaltenen Flüssigkeit sich in dünne Plättchen oder Krusten verwandeln. Dieser Ausschlag ist gemeiniglich die Wirkung von einer innerlich oder äußerlich stattfindenden Reizung. Er unterscheidet sich von Miliaria, insofern er nicht das Resultat von Fieber ist. Er kann auf einen kleinen Teil der Oberfläche des Körpers beschränkt oder über die ganze Haut verbreitet sein; hauptsächlich befällt er indessen bei Männern die innere Seite der Schenkel, die Achseln und diejenigen Stellen, an welchen Schmeerbälge am häufigsten vorkommen, bei Frauen die unteren Teile der Brüste, die Scham und den After." Willan verstand also unter Ekzem allein durch bekannte äußere Reizmittel hervorgerufene traumatische Hautentzündungen. Der Begriff erlebte dann in der Folgezeit viele Verschiebungen, so durch Alibert, Bietr und Rayer, durch welche erst das Ekzem aus einer seltenen, akuten, nicht juckenden Hautkrankheit zu einer eminent häufigen, meist chronisch verlaufenden, stark juckenden Hautkrankheit gestempelt wurde. In Frankreich hauchte dann Devergie der Ekzemfrage neues Leben ein; für ihn ist das Ekzem durch vier Hauptsymptome charakterisiert: 1. die Röte der Hautfläche, 2. vehementes Jucken, 3. eine Sekretion, welche leinengrau färbt und steift, und 4. einen État pourtué, d. h. feine Lücken im Epithel, aus denen Serum ausschwitzt, und die entweder mit bloßem Auge sofort erkennbar oder durch Abreiben mit Seife oder Kalium carbon. jederzeit deutlich zu machen sind. Sein Ekzem ist also ein nässendes. Devergies Ekzem ist noch nicht das heutige, aber es enthält den Kern desselben, befreit von den nicht dahingehörigen Anhängseln der Willanschen vesikulösen Dermatitis. Ferdinand Hebra versuchte dann, an Stelle der Diathesen und unbewiesener innerer Zustände äußere Ursachen zu setzen; er glaubte, durch wiederholte Krotonölpinselungen das chronische Ekzem in allen seinen verschiedenen Formen künstlich nachmachen zu können, und leitete die von ihm unterschiedenen fünf Hauptformen des Ekzems (squamosum, papulosum, vesiculosum, rubrum, impetiginosum) aus der Symptomenreihe der Krotondermatitis ab. Seine Lehre behielt jahrzehntelang eine dominierende Stellung. Es folgen dann in der Geschichte des

Ekzems Wilson, Hardy, Tilbury Fox, Brocq, Bazin, doch bleibt der Vater des modernen Ekzems Rayer. Seine beiden grofsen Verdienste um den Gegenstand waren: 1. Die genaue Schilderung des chronischen Ekzems an den verschiedensten Körperteilen mit Heranziehung diverser, unter anderen Namen bekannter regionärer Krankheitsbilder, die in ihrer Isolierung bis dahin unverstanden waren, und 2. die Ausschliefsung der artifiziellen Hautentzündungen, welche Willan als „Ekzem" beschrieben hatte, und die von Biett mifsbräuchlich als akute Formen mit dem chronischen Impetigo-Prurigo-Ekzem zusammengebracht waren. Von diesem Ekzem schied Hebra die Pityriasis rubra, Tilbury Fox die Impetigo vulgaris, Gibert die Pityriasis rosea, Brocq und Vidal die Neurodermitis circumscripta chronica aus, während Unna zeigte, dafs die sog. trockenen Seborrhoen entzündlicher Natur sind und durch ihren direkten Übergang in Ekzem jedem Beobachter verraten, dafs sie zum Rayerschen Ekzem gehören (das seborrhoische Ekzem Unnas). Unna nimmt eine einheitliche Krankheit Ekzem an, von der er verschiedene Typen unterscheidet.

Dieser geschichtlichen Abhandlung folgt die trefflich geschilderte Allgemeine Symptomatologie, welche in die präzise Definition ausklingt: Chronische, zu diffuser Ausbreitung neigende, juckende und schuppende, parasitäre Oberhauterkrankung, welcher die Fähigkeit innewohnt, auf Reize mit serofibrinöser Exsudation (nässende Formen) oder mit Epithelwucherung, übermäfsiger Verhornung, abnormem Fettgehalte oder Kombinationen letzterer Vorgänge (trockene Formen) zu antworten.

Im Anschlufs folgt die allgemeine pathologische Anatomie des Ekzems. Histologisch stellt sich das Ekzem dar als der Komplex von vier Elementarveränderungen, von denen nur eine die Cutis, die drei anderen die Oberhaut betreffen. Erstere ist eine oberflächliche, dem Deckepithel sich anschliefsende Dermatitis von meist geringer Intensität, charakterisiert durch Zunahme der Bindegewebszellen, insbesondere in der Umgebung des subpapillaren Gefäfsnetzes, und durch Erweiterung der Blut- und Lymphgefäfse. Unter den Oberhautveränderungen ist die wichtigste eine Verhornungsanomalie, die Parakeratose, die sich kurz als ein Ödem der Übergangsepithelien definieren läfst. Unna vertritt ferner den Standpunkt, dafs innerhalb der Stachelschicht selbst eine nekrotisierende Giftwirkung fehlt, und dafs die Ekzembläschen ihr Dasein vielmehr einer Fernwirkung, nämlich lediglich dem stärkeren Andrange von Exsudat aus der Tiefe nach oben, verdanken, welches die Hornschicht zu gewinnen sucht. Innerhalb der Hornschicht mufs also ein Exsudat, in diesem Falle eine Serum anlockende Kraft, vorhanden sein. Als Träger dieser Serotaxis bieten sich die maulbeerförmigen Haufen von Kokken dar, die oberhalb der Bläschen in den überlagernden Schuppen und Krusten konstant zu finden sind, und denen Unna, ihrer Form wegen und um sie von den in traubenförmigen Haufen bei der Eiterung vorkommenden Staphylokokken zu unterscheiden, die histobakteriologische Bezeichnung Morokokken gegeben hat. Damit kommt Verfasser zur allgemeinen Ätiologie des Ekzems, wobei er sich als absoluten Anhänger der parasitären Theorie bekennt, nachdem er die Lehren von den Ursachen des Ekzems anderer Autoren klar besprochen hat, wie Arthritismus, Ekzemdisposition, Reflexekzem, alimentäre und autotoxische Theorie. Seine parasitäre Theorie des Ekzems, die Unna in ihren Grundzügen klar niederlegt, wird besonders von Leistikow, Leredde, Malcolm Morris und Elliot in ähnlicher Weise vertreten.

Die allgemeinen Grundsätze der Ekzembehandlung folgen unmittelbar aus der Erkenntnis der Hauptfaktoren, aus deren Zusammenwirken histologisch die verschiedenen Ekzemformen hervorgehen. Die Erweichung der Oberhaut äufsert sich bekanntlich in der Parakeratose, Spongiose und Vesikulation. Diese Stufenleiter umfafst aber eigentlich stets zwei Veränderungen der Oberhaut gleichzeitig: eine abnorme

Durchfeuchtung und einen Mangel an normalem Hautfett. Die Beseitigung dieses Faktors ergibt schon zwei verschiedene und wesentliche Indikationen: die Entwässerung und die Entfettung der Oberhaut. Die Hyperkeratose gibt Anlafs zur Aufstellung zweier weiterer Indikationen, der Durchfeuchtung und der Abschälung der Hornschicht; die Akanthose verlangt die Reduktion der Stachelschicht, die Parasteatidrose eine Entfettung der Oberhaut. Ferner bedarf es antiphlogistischer, antipruriginöser, antiparasitärer Mittel, denen sich mechanische Hilfsmittel und innere Mittel anschliefsen. Die Mittel teilt Verfasser in elf Abteilungen:

1. Mittel zur Entwässerung der Oberhaut (Alkohol, Dunstumschlag, austrocknende Pulver, Pasten, z. B. Lassarsche Zinkpaste und Unnasche Zinkschwefelpaste, Firnisse, Zinkleim, Gelanth).

2. Mittel zur Einfettung der Hornschicht (Wollfette, Petroleum, Mollin, Vasogene, Naftalan, Salbenstifte, Salbenmulle, überfettete Stückseifen).

3. Mittel zur Durchfeuchtung und Erweichung der Hornschicht (Dunstverband, Pflastermulle, Paraplast, Glycerin, Chlorcalcium, Pasta pisi, Unguentum Caseini, Salbenseifen, Wilkinsonsche Salbe, Natronsuperoxydseife, Hebrasche Salbe).

4. Mittel zur Abschälung der Oberhaut (Salicylsäure, Resorcin, Pasta lepismatica).

5. Mittel zur Reduktion der Stachelschicht (Chrysarobin, Pyrogallol, Pyraloxin, Ichthyol, Thiol, Tumenol, Ung. reducens).

6. Mittel zur Entfettung (Pulvis cuticolor, Pasta aluminis albuminata, Spiritus aethereus, Hebrascher Seifengeist).

7. Mittel zur Antiphlogose (Mehl, Kühlsalben, Kühlpasten).

8. Mittel gegen Jucken (Kleiebäder, Tintenbäder, Teer, Balsame, Ichthyol, Menthol, Kampfer, vorübergehende Applikation starker Hitze).

9. Mittel gegen die Ekzemparasiten (Alkohol, Ichthyol, Ichthargan, Bäder, Nachbehandlung).

10. Mechanische Hilfsmittel (Deckmittel, wie Zinkleim, Kollodium, Kompression mit Mullbinden, Bedeckung mit wollenem Unterzeug, Schwimmhose, Trikotstrümpfe, Massage, Wasser, Mikrobrenner, Paquelin).

11. Innere Mittel (Arsenik, Ichthyol, Schwefel, Natrium salicylicum, Eisen, Chinin).

Bei der Besprechung der Speziellen Klinik des Ekzems können wir uns nach dem Gesagten kürzer fassen. Unna hat eine neue Ordnung eingeführt, aus der heraus sich die Anschauungen des Verfassers klar ergeben. Er unterscheidet zwei Hauptgruppen: 1. Eine Gruppe vereinzelter Ekzemtypen ohne bestimmten Gesamtverlauf, und 2. eine Gruppe von Ekzemarten mit bereits bekanntem Gesamtverlauf. In jeder Gruppe gibt es Anfangstypen und Höhetypen. Diesem allgemeinen Schema klinischer Typen gliedert Unna dann noch einige präekzematöse Dermatosen an, welche oft der Invasion des Ekzems vorhergehen, und ebenso verschiedene par- und postekzematöse Dermatosen, die teils als Komplikationen und Begleiter, teils als Folgen verschiedener Ekzeme eine wichtige Rolle spielen, um das Gesamtbild des Ekzems zu vollenden. Die vom Verfasser gegebene Ordnung ist also kurz folgende:

I. Präekzematöse Dermatosen.

II. Ekzemtypen ohne bestimmten Gesamtverlauf.

A. Anfangstypen.

1. Ekzema erythemato-squamosum.

2. Ekzema papulo-vesiculosum.

3. Akutes Impfbläschen des Ekzems.

B. Höhetypen.

α) Ubiquitäre Höhetypen.

1. Ekzema crustosum.
2. Ekzema madidans.
3. Ekzema herpetoides.
4. Ekzema verrucosum.
5. Ekzema callosum.
6. Ekzema erisypelatoides.

β) Regionäre Höhetypen.

1. Ekzema intertriginosum.
2. Ekzema palmare et plantare.
3. Ekzema pilare.
4. Ekzema unguinum.

III. Ekzemtypen mit bestimmtem Gesamtverlauf.

A. Ekzema seborrhoicum.

a) Anfangstypen des seborrhoischen Ekzems.

1. Gelbfärbung der Haut.
2. Fettige Kruste.
3. Pityriasis maculata et areata.
   α) Kleinfleckige Pityriasis, Pityriasis maculata.
   β) Grofsfleckige Pityriasis, Pityriasis areata.

b) Höhetypen des seborrhoischen Ekzems.

1. Ekzema seborrh. erythemato-pityrodes.
2. Ekzema seborrh. papulo-vesiculosum multicolor.
3. Ekzema seborrh. papulatum, guttatum et confluens.
4. Ekzema seborrh. psoriatiforme, nummulare et confluens.
5. Ekzema seborrh. petaloides et circumcisum.
   α) Typus petaloides.
   β) Typus circumcisus.
6. Ekzema seborrh. magnareatum, flavum et fulvum.
7. Rosacaea seborrhoica simplex et pustulosa.
8. Alopecia seborrhoica.
9. Ekzema seborrh. exfoliativum malignum.

B. Ekzema pruriginosum.

a) Anfangstypen.

1. Ekzema papulo-squamosum.
2. Ekzema papulo-urticatum.

b) Höhetypen.

Ekzema pruriginosum, multiplex et universale.

IV. Post- und parekzematöse Dermatosen.

Die präekzematösen Dermatosen werden in zwei Gruppen geteilt, deren erste die akuten Exantheme, Masern, Scharlach, Impfung, umfafst, während in die zweite Ulcera, Rhagaden, Urticaria, Lichen urticatus, Varicen der Unterschenkel, Hämorrhoiden, Scabies u. s. w. gehören. Für alle diese Dermatosen, ebenso für die daran anschliefsenden Gewebs- oder medikamentösen Schädigungen wird die Therapie besprochen und dann noch einige Krankheiten angeführt, die direkt in Ekzeme übergehen können (Hyperhidrosis pedum, Intertrigo, Miliaria, Cheiropompholyx).

In gleicher Weise werden sämtliche obenerwähnten Ekzemarten korrekt nach pathologischer und therapeutischer Seite hin geschildert, wobei Verfasser naturgemäfs dem von ihm geschaffenen Begriff des Ekzema seborrhoicum seine Aufmerksamkeit schenkt. Es bildet in seiner ganzen Gruppe eine klinische Einheit und mithin eine einheitliche Art des Ekzems. Die Hauptbrutstätte findet sich auf dem behaarten Kopf

und schreitet vom Scheitel nach abwärts mit gewissen Prädilektionsrichtungen und Prädilektionsorten. Es ist die wichtigste aller Ekzemformen, und zwar aus folgenden wissenschaftlichen und praktischen Gründen:

1. bildet es, wenn man nicht die einzelnen Ekzemanfälle zählt, sondern die Ekzematiker selbst, die häufigste Form ekzematöser Erkrankung überhaupt;

2. ist es derjenige Typus, welcher die häufigsten Übergänge in andere Typen zeigt, da er in sämtliche andere Ekzemformen überzugehen vermag;

3. ist von allen Anfängen in der Ekzemgeschichte des Individuums keiner häufiger, als der mit einem Anfangstypus des Ekzema seborrhoicum;

4. ist bei keinem anderen Typus der Einfluſs der Heredität und der artifiziellen Dermatitis als präexistente und accidentelle Verbesserungen des Nährbodens so in die Augen fallend, so leicht und sicher nachweisbar wie hier.

5. ist nirgends sonst die Suche nach früheren Ekzemanfällen so dankbar, die Konfrontierung der Anverwandten so fruchtbar;

6. nirgends ist so wie hier eine Gelegenheit gegeben, durch systematische Behandlung unscheinbarer Anfangstypen prophylaktisch gegenüber dem Ausbruch schwerer Ekzemtypen zu wirken und Ekzematiker nicht nur von dem augenblicklichen Anfall, sondern vom ganzen Ekzemprozesse zu befreien;

7. ist es die bisher am besten studierte Ekzemart und bietet daher ein gutes Vorbild, wie durch Gruppierung zusammengehöriger Anfangs- und Höhetypen aus der Masse lose aneinandergereihter Formen allmählich eine Gruppe scharf charakterisierter Ekzemarten durch fortdauernde Arbeit entstehen kann.

Die einzelnen Typen werden dann eingehend besprochen. Ein Literaturverzeichnis, Sachregister und Autorenregister beschlieſsen das vorzügliche Werk, welches in seiner Ausführlichkeit, Sachlichkeit und Klarheit eine groſse Bereicherung unserer Disziplin ist, ein Werk, welches wert ist, nicht flüchtig durchgelesen, sondern eifrig studiert zu werden, bringt es doch jedem etwas Neues und Lehrreiches. Ich kann dieses neueste gröſsere Werk Unnas nur warm empfehlen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Der Basalzellenkrebs, von E. Krompecher Mit zwölf Tafeln und einer Textfigur. (Verlag von Gustav Fischer, Jena 1903.) Untersuchungen zahlreichster Art, welche der Verfasser an Leichen und exstirpierten Geschwülsten anstellte, führten ihn zum besonderen Studium einer Art von Tumoren, welche er als Basalzellentumoren zusammenfaſst, eine nach seiner Ansicht bestimmte Gruppe von Epithelgeschwülsten, bei denen die durch Proliferation der Basalzellenlage des Rete Malpighi und einzelner Drüschen erzeugten Tumorzellen ihren Charakter als Basalzellen beibehalten, ohne eine weitere Umwandlung zu erfahren. Diese Geschwülste sind sowohl histologisch als auch klinisch selbständige Tumoren. Sie bilden, was den pathologischen Charakter betrifft, ein Zwischenglied zwischen den malignen und benignen Basalzellenwucherungen, welche als basocelluläre Carcinome bezw. basocelluläre Fibro-Epitheliome bekannt sind. Letztere kommen in verschiedenen Organen vor, so in der Haut, in den Schleimhäuten mit Pflasterepithel (Papillome des Harnleiters, der Blase) und in den auf Oberflächen mit gepflastertem Epithel mündenden Drüsen (Prostata). In der Haut können sie, häufig bei jungen Personen entstehend, viele Jahre durch sich vergröſsern, bis zu einem gewissen Grade vermehren und besonders in der Gegend der Gesichtsspalte einzelne bis nuſsgroſse Geschwülste bilden, ohne daſs sich jedoch Metastasen zeigen. Hierher zu rechnen ist das Lymphangioma tuberosum multiplex. Die relativ malignen Basalzellencarcinome finden sich in der Haut (Epitheliom, Ulcus rodens, Epithelioma adenoides cysticum, eingekapselte Basalzellenkrebse von Wolff, Kriesche und Linser), in den Schleimhäuten mit Pflasterepithel und in den Drüsen,

welche ihre Mündungen nach Flächen mit Pflasterepithel öffnen (Talg-Schweifsdrüsen, Meibomsche Drüsen, Speicheldrüsen, Parotis, Submaxillaris, wahrscheinlich auch Brustdrüse, Hoden und Prostata). Die Basalzellencarcinome kommen scheinbar auf den Cylinderepithelschleimhäuten des Verdauungstraktus, der Gebärmutter und in den auf dieses Organ mündenden Drüsen nicht vor. Als Basalzellengeschwülste hat sich auch eine Anzahl von Mischgeschwülsten herausgestellt, solche, die man als plexiforme Sarkome, Adenosarkome, Cylindrome, Adenochondrome ansah; ferner die Endotheliome der Organe, in welchen Basalzellengeschwülste vorkommen, und manche Angiosarkome, Peritheliome und Melanosarkome. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

c. *Prostata.*

Zur galvanokaustischen Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini, von Karl Vogel-Bonn. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 12.) Mitteilung zweier unglücklich verlaufener Bottinischer Operationen. Beide Fälle betrafen über 70jährige Leute, bei denen die Operation ohne Narkose ausgeführt wurde. Im ersten Falle war bei gefüllter Blase operiert worden; der Patient starb plötzlich eine Stunde nach der Operation, die Todesursache blieb unaufgeklärt. Bei der Sektion zeigte es sich, dafs trotz guter Funktion des Inzisors die durch das glühende Messer bedingten Einschnitte nur sehr wenig tief waren und eine wesentliche Substanzverringerung der Prostata nicht herbeigeführt hatten; die Glühkraft des Inzisors hatte also wohl in der mit Borlösung gefüllten Blase eine zu starke Abschwächung erfahren. — Im zweiten Falle wurde die Operation zunächst bei gefüllter Blase vorgenommen und nach einigen Wochen, da jeder Erfolg ausgeblieben war, bei leerer Blase wiederholt. Nach der Operation sehr geringer Urinabgang; bei einer Blasenspülung lief die Flüssigkeit ungehindert ein, kam aber nur zum kleinsten Teil wieder zurück; Tod an akuter Peritonitis. Die Sektion ergab eine 3 cm lange Perforation an der hinteren oberen Blasenwand, verursacht offenbar durch einen Schnitt vom Messer des Instrumentes. Die drei Schnitte in der Prostata safsen richtig und waren auch genügend tief. Zweifellos hatte der Schnabel des noch geschlossenen Instrumentes eine Querfalte der hinteren Blasenwand gefafst und bei der zur Adaption an die Prostata nötigen Drehung mit nach unten genommen, so dafs das vortretende Messer, bevor es in die Prostata drang, diese Querfalte durchschneiden mufste. — Über einen ganz ähnlichen Fall hat schon Freudenberg berichtet; daher ist die eindringlichste Warnung vor Ausführung der Operation bei leerer Blase gerechtfertigt. Die Blase mufs entweder mit Luft gefüllt werden oder mit Flüssigkeit; dann müfste diese aber nach rechter Adaption des Instrumentes an die Prostata abgelassen werden. Eine Verringerung der Gefahr glaubt Verfasser auch erreicht durch Beckenhochlagerung bei leerer Blase.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Totale Exstirpation der Prostata wegen Prostatahypertrophie, von P. J. Freyer. (*Brit. med. Journ.* 18. April 1903.) Der Verfasser publiziert eine weitere Serie von mit Erfolg operierten Fällen von Prostatahypertrophie.

Im ganzen ist über 31 Fälle berichtet worden, bei denen Verfasser die komplette

Entfernung der Prostata ausgeführt hat. Die Patienten standen im Alter von 58—79 Jahren. Einige derselben waren vor der Operation nahezu moribund. Bei 27 wurde ein vollständiger Erfolg erzielt. In keinem Falle traten die alten Beschwerden wieder auf. Zwei Patienten starben an Mania, nachdem die Wunden verheilt waren und der Urin auf natürlichem Wege entleert werden konnte. Einer starb am zehnten Tage als Rekonvaleszent plötzlich an Hitzschlag und einer an Coma. Von diesen vier letalen Fällen dürfte nur bei dem letzten ein direkter Zusammenhang der Operation mit dem üblen Ausgange vorhanden sein. Bei den drei anderen wird man dies kaum annehmen können. Der Verfasser hält die Enukleation der Prostata für einen Segen so vieler, schwer leidender alter Männer. *C. Berliner-Aachen.*

Über Prostatasteine mit Anführung eines Falles, von JOHN F. ERDMANN-New York. (*Med. News.* 7. Febr. 1903.) Nach Beschreibung des selbst beobachteten Falles, welcher einen 28jährigen Mann betraf, bei welchem die Prostatasteine eine Perinealfistel erzeugt hatten, die Entfernung derselben auf operativem Wege gelang, und der endgültige Schluſs der Fistel eine zweimalige Operation nötig machte, gibt Verfasser eine kurze Übersicht über die Prostatasteine und deren Entstehung. Sie sind im allgemeinen selten und kommen meist nur bei jüngeren Leuten vor, während die in der Pars prostatica der Urethra oder der Blase gewöhnlich vorkommenden Steine entweder bei ganz jungen oder bei Leuten mittleren und späteren Alters gefunden werden. Die wirklichen Prostatasteine sind gewöhnlich sehr zahlreich (15, 20, 50 und mehr), ziemlich klein (kümmelsamen-, kürbiskerngroſs), bestehen groſsenteils aus Phosphaten und zeigen ein ganz speziell gelbes oder braungelbes, glänzendes Aussehen. Sie bewirken keine Symptome von seiten der Blase oder Harnröhre, auſser wenn sie diese Organe perforieren. Die Entstehung dieser Steine denkt sich Verfasser so, daſs ein früherer Entzündungszustand der Zellelemente der Prostata acini in kalkartige Entartung übergeht; durch den ständigen Druck bilden sich cystenartige Hohlräume im Prostatagewebe, welche die Steine enthalten, oder durch sekundäre Infektionskeime Abscesse und von diesen aus ein Durchbruch, welcher nach vier Seiten (Rektum, Urethra, Perineum, Blase) möglich ist. Auch ohne Eiterbildung kann eine Perforation erfolgen, wie im vorliegenden Falle E.s. Die Diagnose wird gewöhnlich zufällig gestellt, die Behandlung ist eine operative; sorgfältige Blasenausspülung muſs dabei immer nachfolgen, um zu verhüten, daſs ein zufällig in die Blase gelangtes Steinchen den Kern für einen Blasenstein abgebe. *Stern-München.*

Ein Beitrag zur Klinik der Prostatatumoren, von GEORG KAPSAMMER. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. No. 5.) Bei einem 40jährigen Manne bildete sich ein Sarkom der Prostata, welches zum Tode führte. Vier Wochen bevor noch irgend eine Vergröſserung der Prostata nachweisbar war, trat schon bei ganz klarem Harn eine vollkommene Retentio urinae ein, die damals ganz unerklärlich war. Da der Katheterismus ganz glatt ging, muſs man annehmen, daſs es sich um eine Behinderung der willkürlichen Relaxation des Sphinkter handelte, bedingt durch pathologische Vorgänge in der Prostata. — Von Interesse ist auch, daſs groſse Teile des Tumors per urethram abgingen; man konnte aus diesen Fetzen mikroskopisch feststellen, daſs es sich um ein Sarcoma enchondromatosa handelte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Rabdomyome der Prostata, von E. KAUFMANN-Basel. (*Schweiz. Corresp.-Bl.* 1902.) In der Medizinischen Gesellschaft der Stadt Basel hielt K. am 19. Juni 1902 über Rabdomyome der Prostata, einer bisher unbekannten Geschwulstspecies, die der Vortragende bei einem $^3/_4$jährigen, einem 4jährigen und einem 26jährigen Individuum beobachtete, einen Vortrag. Diese Geschwülste sind in Bezug auf ihren Zellenreichtum, die Polymorphie ihrer zelligen Komponenten, sowie auf ihr Verhalten als progredierte und eventuell auch in ausgiebigster Weise metastasierende Tumoren den

Sarkomen gleichwertig. Sie sind aber charakterisiert durch die Zusammensetzung aus quergestreiften Muskelelementen in oft sehr niedrigen, vielgestalteten Formen der Entwicklung. Neben länglichen, spindeligen, band- und röhrenförmigen Elementen mit teilweiser oder vollkommener Querstreifung und sehr häufig zugleich mit deutlicher Längsstreifung kommen auch außerordentlich vielgestaltige kolbige, keulenförmige, rundliche, sowie unregelmäßig polyedrische, protoplasmareiche Formen vor; selbst die ganglienzellenartigen Bildungen, welche in Rabdomyomen des Herzens öfter beobachtet wurden, fehlen nicht. Die rundlichen, polyedrischen Formen besitzen gewissermaßen ein Urbild in den Zellen der Waldeyerschen Muskelzellenschläuche, die bei der Regeneration mäßig degenerierter Muskeln auftreten, nur sind sie in den Rabdomyomen mißgestaltet und voluminöser geworden. Es gibt hier Rabdomyome mit höher und solche mit niedriger entwickelten Zellformen; in den letzteren herrschen stellenweise rundliche und spindelige Zellen ohne spezifischen Charakter vor. Ihre Unterscheidung vom Sarkom ist sehr schwierig; man nennt sie Rabdomyomsarkome. Läßt sich aber die Stammverwandtschaft dieser rudimentären Formen mit den höher differenzierten Muskelelementen dartun, so hat die Bezeichnung „zellreiches Rabdomyom" den Vorzug; denn es handelt sich um Zellen einer Art. Ätiologisch verdient die Annahme einer Keimversprengung für die Rabdomyome der Prostata den Vorzug.

Putzler-Danzig.

Der infrapubische Schnitt bei Prostatektomie, von E. Wyllys Andrews-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 1902. No. 16.) Verfasser bespricht die Vor- und Nachteile der üblichen Methoden der Prostatektomie und entscheidet sich für den infrapubischen Schnitt, der eine Loslösung der Prostata von der sie fixierenden Umgebung und die Entfernung eines Prostatasegmentes ohne Verletzung der Urethra gestattet. Das Prinzip und die Begründung der vom Verfasser vorgeschlagenen Operation sind in den folgenden Schlußsätzen enthalten:

1. Die Enge des Beckenausganges beim Manne wird chirurgisch wichtig bei der Prostatahypertrophie.

2. Prostatahypertrophie allein verursacht noch keine Verengerung der Harnröhre, wenn nicht gleichzeitig ein Druck von außen her stattfindet.

3. Dieser äußere Druck kann von den Bändern und Muskeln herrühren, die das Organ von außen her an den Knochen andrücken, oder von knöchernem Druck.

4. Löst man die Prostata von der sie fixierenden Umgebung hinter dem Schambein, so kann sie sich ausbreiten, und die Verengerung wird beseitigt.

5. Das geschieht am besten durch einen vorderen Einschnitt, dem sich die Abtrennung des Prostataringes und die Entfernung eines extraurethralen Segmentes anschließt.

6. Dadurch wird eine Lageveränderung geschaffen, indem der Blasenausgang tiefer sinkt; die retroprostatische Tasche fällt fort, was die natürliche Drainage in hohem Maße begünstigt.

7. Die Abtrennung der prostatischen und urethralen Bänder vom Schambein hat eine Schwächung des Diaphragma urogenitale zur Folge, die die Spannung des Beckenbodens vermindert.

Aus der dem Vortrag folgenden Diskussion ist der Standpunkt hemerkenswert, den die Redner der Bottinischen Operation gegenüber einnehmen. Diese findet nur in Young einen warmen Vertreter, während sie von anderen Seiten als gänzlich unchirurgisch verworfen wird und von Munro das Prognostikon erhält, daß sie bald der Vergangenheit angehören wird. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Technik des präsakralen Schnittes, angewandt in der Genitalchirurgie beim Manne (Prostatektomie und Spermatocystektomie), von Robert Proust. (*Ann.*

Policlin. Centr. 1902.) Der Verfasser führt in dieser topographisch-anatomischen Studie den Nachweis, daſs es möglich ist, sich auf fast unblutigem Wege einen bequemen Zugang vom Perineum aus zu dem Raum zwischen Rektum und Prostata zu verschaffen. Der Hautschnitt geht bogenförmig von einem Tuber ischii zum anderen; nach Freilegung des Bulbus wird die vordere Partie des Sphincter ani ext., durch welche der Bulbus mit der Analgegend zusammenhängt, durchtrennt und der Bulbus zurückgedrängt. Daran schlieſst sich eine Schicht tiefer die Durchtrennung des Musculus recto-urethralis an, die sofort die Mobilisation des Mastdarms ermöglicht und einen weiten Zugang zu den Organen des kleinen Beckens schafft.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Die Indikationen der Prostatamassage, von A. Guépin. (*Rev. internat. de Thér. physique.* 1903. No. 8.) Die rationelle Prostatamassage, die „digitale Kompression der Prostata", wie G. sie nennt, besteht lediglich in der durch Druck des Fingers verursachten Entleerung stagnierender Sekrete aus den erweiterten Drüsen der Prostata und der Samenblasen. Daraus ergibt sich, daſs das Verfahren überall da indiziert ist, wo infizierte oder nicht infizierte Sekrete in der Prostata oder in den Samenblasen stagnieren und spontan gar nicht oder nur unvollständig entleert werden; das kommt in allen Fällen von akuter und chronischer Prostatitis, aber stets nur in bestimmten Perioden der Krankheit vor. Wenn bei der Untersuchung keine stark gefüllten Drüsen zu fühlen sind, dann ist jedes Massieren und Komprimieren der Prostata nutzlos und häufig sogar schädlich. *Götz-München.*

Prostatamassage und Albuminurie, von C. Krüger-Wildungen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 23.) Kr. fand bei einem 26jährigen, nervösen Manne mit postblennorrhoischer Prostatitis nach einer Prostatamassage in dem bisher stets eiweiſsfreien Urin $^1/_2$ ‰ Albumen; dasselbe verschwand im Laufe der nächsten 40 Stunden wieder vollständig. Zwei weitere, in Zwischenräumen von je einigen Tagen vorgenommene Massagen hatten ebenfalls rasch vorübergehende Eiweiſsausscheidungen in der gleichen Stärke zur Folge; das subjektive Befinden war während derselben nicht im geringsten alteriert. Zylinder konnten im Urin nie gefunden werden. Mehrstündige Spaziergänge, reizende Kost, ziemlich reichlicher Bier- und Weingenuſs übten bei dem Kranken keine nachweisbare Wirkung auf die Nieren aus, dagegen trat auch nach eifrigem Tanzen einmal eine rehr rasch vorübergehende Albuminurie auf. — Noch bei einem zweiten, schwer neurasthenischen Manne mit postblennorrhoischer Prostatitis fand Kr. nach einer Prostatamassage im vorher eiweiſsfreien Urin $^1/_4$ ‰ Albumen, das sich nach 24 Stunden wieder verlor; während der Dauer der Eiweiſsausscheidung klagte der Patient über Druck in der Nierengegend und groſse Abgeschlagenheit. Andere örtliche Behandlungsmethoden, weite Spaziergänge, Tanzen, vermehrter Alkoholgenuſs erzeugten bei dem Manne keine Albuminurie.

Eine befriedigende Erklärung für das Zustandekommen von Albuminurie nach Prostatamassage weiſs Kr. nicht zu geben. Jedenfalls aber beweisen die beiden Beobachtungen, daſs bei Prostatamassagekuren, besonders wenn es sich um nervöse Patienten handelt, der Urin sorgfältig kontrolliert werden muſs. Kr. selbst wird in Zukunft beim Auftreten von Eiweiſs im Harne jede weitere Prostatamassage unbedingt unterlassen. *Götz-München.*

Harn.

Die progno[illegible]rie, von Edw. W. Lambert-New York. (*Med. Ne[illegible]* [illegible] Erfahrungen als langjähriger Lebens[illegible] sehr instruktiven Beispielen, daſ[illegible] sicherer

Anhaltspunkt für irgend eine gefährliche Nierenerkrankung sei. Oft wurden nur Spuren von Eiweifs gefunden, und die Patienten starben schon nach einem Jahr, in anderen Fällen blieben sie trotz grofser Eiweifsmengen noch viele Jahre gesund am Leben. Nach der Erfahrung L.s hängt die Prognose viel mehr von der täglichen Lebensweise als vom Urinbefund (auch bezüglich der Harnzylinder) ab. — Das aufgeregte Leben eines mit grofsen Spekulationen oder mit sehr ausgedehnten Betrieben sich abgebenden Kaufmannes ist meist von schlechter Bedeutung. *Stern-München.*

Bacteriuria vesicalis postblennorrhoica durch Bacterium lactis aërogenes, von Goldberg. (*Zentralbl. f. inn. Med.* 1902. No. 13.) Der nicht gerade reinliche und mit Phimose behaftete Patient erkrankte im Anschlufs an einen langwierigen Tripper an Bakteriurie, als deren Träger Verfasser das Bakterium lactis aërogenes entdeckte. Bakteriologische und klinische Bemerkungen beschliefsen die Arbeit.

F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von Fibrinurie bei Nephritis, von Richard Lostorfer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. No. 7.) Im Harn einer an schwerer Nephritis erkrankten 49jährigen Patientin fand man Fibringerinsel. Der Harn war klar, sehr eiweifsreich, aber frei von jeder Blutbeimengung. Das Phänomen verschwand vier Tage vor dem Tode. Die Obduktion bestätigte die Diagnose; ohne das irgend eine Komplikation eine Erklärung für die Fibrinabscheidung gegeben hätte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über essentielle Hämaturie, von Spaziante. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1903. No. 5.) Unter essentieller Hämaturie hat bereits Rayer eine solche Hämaturie verstanden, welcher keiner Läsion des Harnapparates oder sonst einer determinierten Krankheit ihre Entstehung verdankt. Derartige Hämaturien bestehen wirklich, und können dieselben als eine Varietät der neuropathischen Hämaturie betrachtet werden. Sie sind auf eine Störung in der vasomotorischen Innervation zurückzuführen, welche ihrerseits durch die morphologische Kombination des Individuums (Disproportionen in den Körpermassen, wenn unter einander verglichen, Kleinheit des Herzens, besonders des linken Ventrikels verglichen mit der Körperlänge etc.) bedeutend beeinflufst werden können. *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von Hämaturie, von Charles H. Chetwood-New York. (*Med. News.* 7. Febr. 1903.) Der Fall betraf einen 40jährigen Armenier, welcher vier Jahre lang an Harnbluten litt, ohne dafs das Allgemeinbefinden besonders angegriffen wurde. Die genaueste Harnuntersuchung ergab keinen Anhaltspunkt für den Sitz der Blutung und erst eine zweimalige, mit Adrenalinausspülung der Blase vorgenommene, cystoskopische Untersuchung lehrte, dafs das Blut aus dem rechten Ureter kam. Es wurde die Nephrotomie vorgenommen, aber auch das makroskopische Bild der Niere zeigte nichts Abnormes; ein circa zweipfennigstückgrofses Stück an der Nierenoberfläche, nahe dem Becken, erschien etwas dichter als das übrige Organ und wurde exzidiert. Die mikroskopische Untersuchung dieses Stückchens ergab erst das Vorhandensein einer chronischen parenchymatösen Nephritis. Die Hämaturie hörte sofort nach der Operation auf. Der Fall ist jedenfalls in seinem ganzen Verlaufe sehr lehrreich, bezüglich der Ätiologie des Harnblutens und der Schwierigkeit, zuweilen den Sitz der Blutung festzustellen. *Stern-München.*

Experimentelle und klinische Untersuchungen über zwei Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie, von Mattirolo und Tedeschi. (*La Rif. med.* 1903. No. 13—15.) Die sehr sorgfältig ausgeführten klinischen und experimentellen Untersuchungen der Verfasser in den beiden Fällen haben dieselben zu keinem definitiven Resultat in Bezug auf die viel diskutierte Frage über die Pathogenese der paroxysmalen Hämoglobinurie geführt. *C. Müller-Genf.*

Die Bedeutung der Oxalurie, von J. Bergen Ogden-New York. (*Med. News.* 4. April 1903.) Die Ursachen der Oxalurie sind erstens excessive Fermentbildung im Magendarmkanal, und zweitens gewisse Speisen, welche Oxalsäure enthalten, wie besonders Rhabarber, Spargel, Sauerampfer, Spinat u. a. m. Man unterscheidet primäre Bildung von Oxalsäure, d. h. wenn sich die Kristalle aus dem Urin im Organismus selbst absondern; sie bestehen dann meist aus den ovalen und den grofsen Quadratoktaedern. Sekundäre Kristalle sind jene, welche erst aufserhalb des Körpers sich bilden, es sind dies gewöhnlich die kleinen schmalen Oktaeder. Die erstgenannten verursachen oft eine mehr oder weniger ausgesprochene Reizung des Harnsystems, insbesondere, wenn die Absonderung in der Niere selbst oder im Nierenbecken, weniger reizend, wenn sie in der Blase erfolgt. Blutkörperchen sind die Hauptbegleiter der Oxalsäurekristalle im Sediment, und es kann sogar zu abundanter Blutung kommen. Solch mechanische Reizung ist gewöhnlich von Schmerzen, häufigem Harndrang und mehr weniger konzentriertem Harn begleitet. Hält die Absonderung der Oxalsäure längere Zeit an, so ist die Neigung zu Steinbildung eine sehr grofse, zumal wenn Blutung bestanden hat. Was den Zusammenhang zwischen Diabetes mellitus und Oxalurie betrifft, so ist die Gefahr der letzteren besonders dann vorhanden, wenn der Diabetiker entweder zu reichlich Kohlehydrate, oder wenn er beinahe ausschliefslich Fleischkost geniefst (abnorme Fermentbildung im Verdauungskanale). Nicht gar selten besteht auch ausgesprochene Oxalurie bei nervösen Störungen, besonders mit psychischer Depression, bei Prostatitis und Erkrankungen von Herz und Lungen. Ob sie in solchen Fällen das Symptom einer unvollständigen Oxydation (Zwischenprodukt) ist, will O. noch weiteren Untersuchungen überlassen. *Stern-München.*

Eine empfindliche, einfache und rasch ausführbare Zuckerprobe mit oxalsaurem Phenylhydrazin, von E. Riegler-Jassy. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 15.) Die Probe wird wie folgt ausgeführt: man gieſst in ein etwas grofses Reagensglas 1 ccm Harn, fügt eine Messerspitze oxalsaures Phenylhydrazin und 10 ccm Wasser hinzu; die Mischung wird über kleiner Flamme bis zu völliger Lösung gekocht, dann werden ihr 10 ccm einer 10%igen Kalilauge zugesetzt. Das Glas wird mit Gummistopfen verschlossen und die Flüssigkeit kräftig durchgeschüttelt. Ist Zucker anwesend, so nimmt die Mischung sofort oder innerhalb einer Minute eine schöne rotviolette Farbe an. Später auftretende Färbung ist nicht mafsgebend. Diese Probe gestattet den Nachweis von Zucker noch in einer Lösung von 0,05 %. Die Anwesenheit von Eiweifs stört ihre Ausführung nicht. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Behandlung der Erkrankung der Bartholinischen Drüsen, von E. E. Montgomery-Philadelphia. (*Int. Med. Mag.* Dez. 1902.) Der Aufsatz enthält nichts Neues. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Klinische Studien über Blennorrhoe, von H. J. Schlasberg - Stockholm. (*Nord. med. Arkiv.* 1903. Bd. 36.) Die Studien wurden an männlichen Patienten des Krankenhauses St. Göran gemacht und behandeln die Komplikationen der Blennorrhoe und ihre Bedeutung für die raschere oder langsamere Heilung der Blennorrhoe. Die betreffenden Komplikationen sind:

1. Paraurethrale und präputiale Gänge. 2. Follikulitiden. 3. Prostatitis catarrhalis. 4. Epididymitis. 5. Adenitis inguinalis.

Die gewöhnlich vorkommenden paraurethralen Gänge lassen sich in drei Gruppen einteilen: 1. solche, die sich an der Glans befinden und neben oder in Labia meatus urinarii ausmünden, 2. solche, die sich zwischen den Präputialblättern befinden, und

3. solche, die sich an der Unterseite des Penis, im oder in der Nähe der Raphe befinden. Die der ersten Gruppe sind entschieden die häufigsten, 8 unter 200 Patienten. Gewöhnlich ist nur ein Gang vorhanden, selten mehrere, und zwar handelt es sich meist um Blindsäcke. Alle Arten verzögern die Heilung und werden oft erst spät erkannt. Der klinische Verlauf der Blennorrhoe in paraurethralen Gängen ähnelt im grofsen ganzen dem bei der Urethritis, die Prognose ist gut, die Behandlung einfach und wirksam. Die Gänge, die sich am Präputium und an der Unterseite des Penis befinden, werden exstirpiert, die Wunde vernäht, und nach einer Woche hat man gewöhnlich Heilung per primam. Die Gänge am Meatus behandelt man mit Injektionen 1—5%iger Argentumlösung mittels abgestumpfter Pravazspritze.

Der zweite Absatz betrifft das Vorkommen der Gonokokken in den Follikeln, das gewöhnlich keine so grofsen Veränderungen in denselben hervorruft, dafs man sie bei einer äufseren Untersuchung auffassen könnte, in einigen Fällen lassen sich die Drüsen wie gröfsere oder kleinere längs dem Verlaufe der Urethra palpieren, was man als Folliculitis bezeichnet. Nur die chronischen, die zu periurethralen Infiltraten und Abscessen Anlafs geben, erhalten Bedeutung, und zwar sind es wahrscheinlich nur die Littréschen Drüsen, welche Follikulitiden bilden. Sie treten meist in den ersten sechs Wochen der Erkrankung auf und entwickeln sich nach und nach, sie liegen meist um die Fossa navicularis, können aber überall im palpablen Teil der Urethralwand vorkommen, und werden bis erbsengrofs von elastischer Konsistenz. Unter 215 Patienten fanden sich 49 mal Follikulitiden. Therapeutisch empfiehlt sich die Öffnung der Follikulation mittels leichter Massage und Dilatation der Harnröhre.

Sobald die Blennorrhoe die hintere Harnröhre erreicht hat, befällt sie oft die Prostata, und zwar unterscheidet man eine parenchymatöse, follikuläre und katarrhalische Prostatitis. Die beiden ersten treten stets mit ausgeprägten palpatorischen Veränderungen des Organs auf, bei der dritten Form dagegen ist mittels Rektaluntersuchung nicht die geringste Veränderung zu entdecken, und doch führt diese Form oft zur Reinfektion, wie Verfasser an vier Fällen zeigt. Die Untersuchung des Prostatasekrets durch die Dreigläserprobe ist daher von gröfster Wichtigkeit. Die Behandlung, die stets Erfolg hat, besteht in Massage der Prostata mit nachfolgender Spülung der Urethra. Jede Sitzung dauert zwei bis drei Minuten und wird jeden zweiten oder dritten Tag wiederholt. (Fortsetzung folgt.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Verschiedenes.

Die Benutzung des vulgären Drainrohrs zur Befestigung von Sonden und Kanülen, von Stojanoff-Lowetsch. (*Presse méd.* 1903. No. 11.) Der Verfasser empfiehlt die zuerst von Büdinger-Wien vorgeschlagene Befestigung von Dauersonden für Harnröhre bei Mann oder Weib, von Drainkanülen bis Anus praeternaturalis und bei Tracheotomiewunden durch einfache Gummidrains, welche im oberen Teil ungespalten die Sonden umschliefsen und festhalten, im unteren aber gespalten werden, wobei die gespaltenen Flügel des Drains ihrerseits wiederum mit Heftpflasterstreifen auf der Haut befestigt werden können. Der Diameter des Kautschukdrains darf nur unmerklich gröfser sein als jener der von ihm zu umfassenden Sonde oder Kanüle.

Hopf-Dresden.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 37. No. 11. 1. Dezember 1903.

Aus der k. k. Universitätsklinik für Syphilis und Hautkrankheiten in Wien (interim. Leiter: Doz. Dr. R. Matzenauer).

Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut.

Von

Dr. Moriz Oppenheim,
Assistenten der Klinik.

Mit einer Farbentafel.

Die weitaus größte Mehrzahl der Autoren stellt das Vorkommen von echter Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut in Abrede. Fast alle Lehrbücher der Dermatologie (Hebra, Kaposi, Neumann, Lesser, Behrend etc.) lehren, daß bei Psoriasis vulgaris der Haut eine analoge Affektion an den Schleimhäuten nicht beobachtet werde. Werden derartige Fälle beschrieben, so sind dies entweder Verwechslungen mit syphilitischen Erkrankungen der Mundschleimhaut oder mit Fällen von Leukoplakia idiopathica, wie sie auch bei gesunden Individuen vorkommt. Die älteren Autoren scheinen diesen absolut abweichenden Standpunkt nicht geteilt zu haben. So spricht Gibert von einer Psoriasis labialis ophthalmica bei Psoriatischen; Wilson beschreibt Erkrankungen der Zunge bei solchen Individuen, die an Psoriasis litten, als weiche, rote, teils leicht glatte, teils granulierte, scharf begrenzte Flecke. Guibont spricht von einer Psoriasis lingualis, und Hunter resp. Babington erwähnen eine Coloration blanche opaque und Rötung sowie Schwellung der Schleimhäute an verschiedenen Stellen als Begleiterscheinung der Psoriasis cutis.[1] Andere Autoren führen asthmatische Zustände mancher Psoriatiker auf eine psoriasisähnliche Erkrankung der Tracheal- und Bronchialschleimhäute zurück.

Wagner (1) in Ziemssens Handbuch der spez. Pathologie und Therapie (1874) will einigemal bei Psoriasis vulgaris der äußeren Haut Psoriasis des weichen Gaumens gesehen haben. „Sie besteht in verschieden,

[1] Die Daten sind auszugsweise der Monographie Schwimmers, „Leukoplakia buccalis", *Archiv für Derm.*, 1877/78, entnommen.

meist wenig zahlreichen, ein bis zwei linsengroſsen, gleichmäſsig roten, wenig erhabenen, aber deutlich umschriebenen Flecken des weichen Gaumens, über denen das Epithel makroskopisch keine wesentliche Veränderung zeigt. Die Flecke bestehen wochen- und monatelang und verschwinden mit oder vor dem Hautausschlag." JARISCH (2) gibt bloſs die Möglichkeit zu, daſs sich Efflorescenzen der äuſseren Decke auf die Schleimhaut fortsetzen können, auf Grund der Beobachtungen KUZNITZKYS (3) und SCHÜTZ' (4). LANG (5), der selbst früher die Möglichkeit echter Schleimhautpsoriasis in Abrede gestellt hatte, fühlt sich durch zwei eigene Beobachtungen (einmal an der Cunjunctiva palpebrarum, das andere Mal in Form scharf abgegrenzter, weiſslicher Auflagerungen von Stecknadelkopf- bis Linsengröſse auf der Mundschleimhaut) veranlaſst, das Vorkommen echter psoriatischer Erkrankungen der Schleimhäute zuzugeben.

TRAUTMANN (6) („Zur Differentialdiagnose von Dermatosen und Lues bei den Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle und oberen Luftwege", Wiesbaden 1903) nennt die Frage des Vorkommens der Psoriasis auf der Mundschleimhaut eine strittige.

Die Fälle, die bisher als Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut oder als Erkrankungen dieser, die mit Psoriasis der Haut in Zusammenhang stehen, sind kurz folgende:

KUZNITZKY (7) beschreibt aus der Klinik WOLFF in Straſsburg einen Fall, bei dem zwei annuläre Psoriasisefflorescenzen der Unterlippe auf die Schleimhaut übergriffen. Die kleinere, ungefähr zehnpfennigstückgroſse Efflorescenz griff mit etwa einem Drittel ihres Umfanges auf das Lippenrot über, die andere von Markstückgröſse hatte ihr Zentrum im Lippenrot selbst, so daſs nur ein relativ kleines Kreissegment auf die Haut der Unterlippe kam. Der Sitz dieser Efflorescenz war also in der Tat nicht mehr auf der sog. Übergangsschleimhaut, sondern bereits auf echter Schleimhaut der Mundhöhle. Die affizierte Schleimhautpartie war grau verfärbt, wie bei Plaques opalines.

SACK (8) beschreibt Psoriasis der Conjunctiva des unteren Augenlides bei einem jungen Mann mit generalisierter Psoriasis. Der affizierte Teil der Conjunctiva hatte eine etwas zerklüftete Oberfläche und war gelbrot gefärbt.

KREIBICH (9) demonstrierte in der Wiener dermatologischen Gesellschaft Psoriasis vulgaris der Lippenschleimhaut in Form groſsblättriger Abschuppung, die in der rechten Lippenhälfte über den Lippensaum als kleinbogenförmiges Randinfiltrat hinausreichte. Dabei bestand eine chronische, allgemein ausgebreitete Psoriasis am Stamme und den Extremitäten.

SCHÜTZ (10) bringt in drei Fällen Leukokeratose der Mundschleimhaut in Zusammenhang mit einer gleichzeitig bestehenden Psoriasis der Haut und begründet diese Annahme 1. mit dem Fehlen der gewöhnlichen Ätio-

logie für Schwimmers (11) Leukoplakia, 2. damit, dafs es sich in seinen Fällen um Individuen handelt, bei welchen äufserst selten nur Leukoplakie vorkommt (Kinder, weibliche Personen), und dafs 3. bei allen dreien ein und dieselbe Hautkrankheit die Schleimhauterkrankung begleitet (Psoriasis).

Lissauer (12) findet unter 50 Psoriatikern zehnmal Leukoplakie ohne nachweisbare Lues; doch waren alle Raucher (sein Material umfafste nur männliche Kranke). Er steht wie Schütz auf dem Standpunkt, dafs die Psoriasis einen ätiologischen Faktor in der Entstehung der Leukoplakie bilde. Doch darf diese nicht als echte Psoriasis der Schleimhaut aufgefafst werden, da der histologische Befund dagegen spricht. Bei Leukoplakie haben wir eine starke Vermehrung der eleidinhaltigen Zellen, also Verbreiterung der Granularschicht, die durch Druck auf den Papillarkörper eine Abplattung und Verkleinerung derselben hervorruft (Leloir [13]), bei Psoriasis vulgaris hauptsächlich eine entzündliche Veränderung des Papillarkörpers (Kaposi [14], Neumann [15]). Daher darf die Leukoplakie nicht als Psoriasis vulgaris der Schleimhaut aufgefafst werden.

Zwei Autoren, deren Arbeiten mir nicht zugänglich waren (Pospelow [16] und Polotebnoff [17]), beschreiben ebenfalls Psoriasis der Mundschleimhaut.

Aus dieser kurzen Übersicht ergibt sich, dafs bis jetzt tatsächlich kein einziger Fall beschrieben worden ist, wo, unabhängig von der Erkrankung der äufseren Haut, also nicht als Fortsetzung eines psoriatischen Plaques auf die Schleimhaut (Kreibich, Kuznitzky, Sack), mit Sicherheit die Diagnose Psoriasis vulgaris gemacht werden könnte. Die Fälle, wo Schleimhautaffektionen, unabhängig von psoriatischer Erkrankung der Haut, beobachtet wurden, sind entweder Leukoplakia mucosae oris (Lissauer, Schütz), oder ohne histologischen Befund und daher nicht beweisend (Wagner, Lang). Es müssen, um eine Schleimhautaffektion als Psoriasis vulgaris hinstellen zu dürfen, vorläufig zwei Bedingungen erfüllt sein:

1. Die Schleimhautaffektion mufs räumlich von der Hautaffektion getrennt sein, also nicht auf dem Übergangsteil sitzen.

2. Der histologische Befund mufs das Bild der Psoriasis vulgaris wiedergeben.

Beide Bedingungen erfüllt der im folgenden mitgeteilte Fall, der mithin der erste dieser Art ist.

Anamnese: F. M., 53jähriger Privatbeamter aus Mähren, wurde 1890 zum ersten Male in Prag mit asiatischen Pillen, 1893 in Caslau mit Teer und Arsenik und zuletzt 1902 mit Solutio Fowleri behandelt. Die ersten Psoriasiserscheinungen traten beim Patienten angeblich im 20. Lebensjahre auf, andere Krankheiten hat er nie mitgemacht, hat keine venerische Affektion, namentlich keine Lues acquiriert; Patient trinkt nicht und ist Raucher mäfsigen Grades (drei Zigarren täglich).

Status praesens: Patient ist gut genährt, von kräftigem Knochenbau. Innere Organe normal, die Haut an den Streckseiten der Extremitäten, namentlich an den Oberschenkeln, sowie an der Brust, ist der Sitz zahlreicher linsen- bis guldengrofser, kreisrunder Efflorescenzen, welche zum allergröfsten Teil eine dichte, silberweifse Schuppenauflagerung zeigen, nach deren Entfernung mit dem Fingernagel ein punktförmiges, blutendes Gewebe zum Vorschein kommt. Viele der Efflorescenzen zeigen einen hellroten, schmalen Saum, um die silberweifse Schuppenauflagerung verlaufend.

Am Rücken und ad nates bestehen polycyklisch konturierte, bis über flachhandgrofse, lebhaft rote Plaques mit unregelmäfsig verteilter Schuppung. Zwischen diesen Efflorescenzen befinden sich an zahlreichen Stellen, insbesondere an der Brust und an der seitlichen Bauchgegend, dunkelbraune, scharf begrenzte Flecke bis zu Hellergröfse, die teilweise von hellen Ringen umgeben sind. Der Kopf, sowie Handteller und Fufssohlen sind frei, ebenso das Genitale.

Die Zunge ist glatt, ohne Einkerbungen, ohne Epithelverdickungen. Seitlich an der linken Wangenschleimhaut sieht man eine scharf begrenzte, ovale, etwa hellergrofse, bläulichweifse Stelle, die deutlich über das Niveau der übrigen Schleimhaut hervorragt und sich nach oben bogenförmig an der vom Mundwinkel nach hinten verlaufenden Linie begrenzt, nach abwärts endet diese Plaque gegenüber dem linken Eckzahn. Oberhalb dieser, von der Oberlippe nach hinten und rechts ein etwa guldengrofses Feld bedeckend, sieht man eine analoge Plaque, die von bogenförmig nach abwärts verlaufenden Furchen durchzogen ist und nach abwärts mit drei halbkreisförmig begrenzten, erhabenen Feldern endet. Beide Plaques sind vom Lippenrot, das ganz normal ist, scharf abgesetzt. Ganz ähnliche Veränderungen, jedoch geringeren Grades, zeigt die Schleimhautfläche der rechten Wange.

Ganz eigenartig sind die Veränderungen an den hinteren Partien des harten Gaumens. Die Schleimhaut ist hier eigentümlich gefaltet, indem von mehreren parallel nach hinten zur Uvula und medial verlaufenden Falten seitliche Ausläufer in Form kleiner, bogenförmig seitwärts ziehender Falten ausgehen, die sich gegen das Zahnfleisch hin verlieren. Diese quere Faltenbildung setzt sich nach hinten und abwärts auf das Gaumensegel fort, erreicht aber nicht die Wurzel der Uvula; nach vorne und oben werden die Querfalten immer deutlicher und höher, so dafs sie mit den eingangs erwähnten Längsfalten die Form eines T bilden. Die Schleimhaut ist in toto bläulichweifs verfärbt und zeigt an zahlreichen Stellen stecknadelkopfgrofse Lücken, die von kleinen, weifsen, erhabenen Wällen umgeben sind. Alle diese bisher beschriebenen Veränderungen der Schleimhaut konnten noch immer im Sinne einer Leukoplakie oris gedeutet

werden. Dies ist jedoch nicht möglich bei zwei affizierten Stellen der Gaumenschleimhaut.

Man sieht nämlich seitlich am linken Gaumenbogen, sowie an der Zahnfleischzacke zwischen letztem und vorletztem oberen Mahlzahn zwei runde, scharfbegrenzte und elevierte Efflorescenzen, die in ihrer Farbe etwas von einander differieren. Der untere Herd sitzt im Übergange des Velum palati in den Gaumenbogen, ist grauweifs, ragt ungefähr 1 mm über das Niveau der übrigen Schleimhaut empor, hat einen scharfen, kreisrunden Rand. Sein Durchmesser beträgt ungefähr 1 cm. Die Oberfläche zeigt ein feingesticheltes Aussehen, als ob feinste Poren die ganze Plaque durchsetzen würden. Die umgebende Schleimhaut ist vollkommen normal, von blafsroter Farbe; es bestehen keine Gefäfsinjektion, kein Ödem und keine Infiltration der Umgebung. Diese Plaque wurde zum Zwecke der histologischen Untersuchung exzidiert.

Der zweite Herd ist etwas kleiner, bildet ein Oval von 5 mm Quer- und 7 mm Längsdurchmesser. Er ist von gelblichweifser Farbe und fast ganz glatter Oberfläche. Die Niveauerhebung ist geringer als bei der ersten Plaque. Die umgebende Schleimhaut der Gingiva hat normale Beschaffenheit. Uvula, hintere Rachenwand, Zungengrund, Kehlkopf zeigen keine pathologischen Veränderungen.

Die Gestalt, die Beschaffenheit der Oberfläche, Lokalisation und isoliertes Auftreten, die Farbe dieser Herde, namentlich die gelbliche der am Zahnfleisch sitzenden, sprechen entschieden gegen die Auffassung als Leukoplakie.

Viel eher könnte man an syphilitische Schleimhautpapeln denken; doch auch dagegen sprechen gewichtige Momente; denn abgesehen vom Mangel jeglichen Symptoms, das auf Haut und den übrigen Schleimhäuten auf Lues hinweisen würde, unterscheiden sich die in Rede stehenden Plaques durch ihre feinporöse Oberfläche, durch ihre graugelblichweifse Farbe und durch das Fehlen von Infiltration der Umgebung wesentlich von den speckig belegten, infiltrierten und elevierten Schleimhautplaques bei Syphilis.

Als dritte mögliche Affektion kamen noch Aphten der Mundschleimhaut in Betracht. Doch diese sind leichte Substanzverluste mit intensiv geröteten Rändern, mit einem grauweifsen, fest anhaftenden Belag; sie sind spontan und auf Berührung sehr schmerzhaft.

Andere Schleimhautaffektionen kamen wohl nicht in Betracht.

Man mufste also an die Möglichkeit einer echten Psoriasis der Schleimhaut denken; doch konnte nur diesbezüglich der histologische Befund die

Entscheidung bringen. Zeigte das histologische Bild die Charaktere, wie sie die Psoriasis der Haut aufweist, nämlich der Parakeratose entsprechende Veränderungen, Epithelwucherung und Entzündungserscheinungen im Papillarkörper (UNNA [18]), so war der Beweis erbracht.

Der histologische Befund ergab in der Tat der entwickelten Psoriasis vulgaris der Haut analoge Verhältnisse, selbstverständlich modifiziert durch die Struktur der Schleimhaut.

Veränderungen des Epithels: Das Stratum mucosum ist in toto verbreitert, doch kommt nur diese Verbreiterung durch Verlängerung der interpapillären Epithelzapfen zu stande, wogegen die suprapapillären Epithelschichten normal, ja, sogar verdünnt erscheinen.

Zahlreiche Zellen des Stratum mucosum sind gequollen, die Kerne abgeplattet und an die Wand gedrückt, die intercellulären Distanzen fast überall gröfser als de norma. Mitosen sind sehr vereinzelt zu sehen und ebenso spärlich Leukocyten. Die Epithelfaserfärbung zeigt fast das Bild eines gewucherten Stratum Malpighi der Haut, so deutlich sind die Epithelfasern darstellbar. Gegen die Oberfläche zu werden die Zellen immer flacher, langgestreckter, die Zwischenräume zwischen ihnen immer gröfser, ohne dafs jedoch die Färbbarkeit der Kerne verloren geht. Es entstehen dadurch zahlreiche Zelllagen, die ein Netzwerk bilden, dessen Maschen, in die Breite gezogen, parallel mit der Oberfläche der Schleimhaut verlaufen. Die einzelnen längsovalen oder spindelförmigen Lücken sind von ungleicher Gröfse und bald von einer, bald von mehreren Zelllagen untereinander geschieden. Diese Auflagerung ist so mächtig, dafs sie die Breite der gewucherten Epithelschicht erreicht, ja, sogar übertrifft. Sie entspricht zweifellos der Schuppenauflagerung bei Psoriasis der Haut. Die Zahl der Leukocyten in ihr ist eine geringe. Nirgends findet man eine Spur von Eleidinkörnchen; es ist also von einer Körnerschicht, die ja bei gewöhnlicher Leukokeratose ganz besonders mächtig entwickelt ist, keine Spur vorhanden. Bei der Leukoplakia mucosae oris bilden die eleidinhaltigen Zellen, die ja normalerweise den Schleimhäuten fehlen, drei- bis vierfache Lagen über den Papillarspitzen und sogar sechs bis siebenfache in den Zwischenräumen; es ist also noch viel mehr entwickelt als in normaler Haut (s. Kapitel: Langue et Muqueuse bucco-lingual, Traité pratique, dermatologique BÉNARD). Wir können also einen Verhornungsvorgang in den Zellen dieser Plaques nicht nachweisen.

Wir müssen annehmen, dafs die reichlicher abgestofsenen Schleimhautepithelzellen, in Lamellen zusammenhängend, an der Oberfläche zu mächtigen Lagen getürmt liegen bleiben, analog den psoriatischen Schuppen. Die Kerne sind analog wie bei Psoriasis bis in die oberflächlichsten Lagen erhalten und intensiv färbbar.

Stratum papillare: Die Papillen sind verlängert, stellenweise auch verbreitert, überall kleinzellig infiltriert. Diese Zellinfiltration ist am reichlichsten in den Papillen und unter der Basalschicht der Epithelzellen, nimmt aber gegen das Stratum reticulare rapid ab. Allenthalben findet man in den Papillen, sowie in der angrenzenden Bindegewebsschicht erweiterte und mit Blutkörperchen gefüllte Gefäfse. Sonst ist das Bindegewebe der Mucosa frei von pathologischen Veränderungen, namentlich findet man keine Sklerosierung des Bindegewebes und der Gefäfse, wie bei Leukoplakia.

Wir haben demnach wichtige Unterschiede gegenüber dem histologischen Bilde der Leukoplakie, wie es von VIDAL, SCHWIMMER, KAPOSI, NEDOPIL, LELOIR, DARIER etc. beschrieben wurde, konstatiert. Erstens das Fehlen einer Eleidinschicht, zweitens den Mangel einer Sklerosierung im Corium. Dagegen stimmt der histologische Bau mit dem Bilde der Psoriasis vulgaris vollständig überein.

Hier wie dort haben wir eine Störung in dem normalen Ablauf der Epithelienverhornung und Abstofsung. Die Epithelzellen, die sonst einzeln und kontinuierlich abgestofsen werden, bleiben zu mächtigen Lagen gehäuft in Lamellen auf der Oberfläche der Schleimhaut liegen. Man könnte den Vorgang an der Schleimhaut als Parakeratose in den oberen Epithelschichten bei einer Leukoplakie bezeichnen. Bei beiden finden wir Wucherung der interpapillaren Epithelschichten, sekundär Verlängerung der Papillen, und endlich sind Gefäfserweiterung und kleinzellige Infiltration in den Papillen und angrenzenden Gebieten der Cutis resp. des Stratum mucosum beiden gemeinsam. Ich glaube mithin den Beweis erbracht zu haben, dafs im histologischen Bilde ein der Psoriasis vulgaris der äufseren Haut analoger Prozefs einer Schleimhaut vorliegt. Fassen wir nochmals die klinischen und histologischen Merkmale des Falles kurz zusammen:

Universelle Psoriasis vulgaris der äufseren Haut. An der Mundschleimhaut Plaques, die sich vom Bilde der Leukoplakia wesentlich unterscheiden. Sie sind rund oder oval, scharf begrenzt, von grau- oder gelbweifser Farbe, ihre Oberfläche feindrusig; sie sind ziemlich eleviert, auf normaler Schleimhaut aufsitzend, fast hellergrofs.

Histologisch zeigen sie reichliche Lamellenauflagerung aus zusammenhängenden, kernhaltigen Epithelzellen bestehend, die unmittelbar in die verbreiterte Epithelschicht übergehen; die Verbreiterung betrifft die interpapillaren, nicht die suprapapillaren Schichten. Die Papillen verlängert, kleinzellig, infiltriert, die Gefäfse erweitert; die kleinzellige Infiltration betrifft nur die Oberfläche.

Auf Grund dieses klinischen und histologischen Befundes glaube ich berechtigt zu sein, den oben beschriebenen Fall als echte psoriatische Erkrankung der Mundschleimhaut hinzustellen.

Es ist das erste Mal der Fall, dafs durch den histologischen Befund eine von Psoriasiseffloreszenzen der äufseren Haut räumlich getrennte Affektion der Mundschleimhaut als echte psoriatische Erkrankung bestätigt wurde.

Literatur.

1. Wagner, E. Erkrankungen der Mundhöhle, in Ziemssens Handbuch der spez. Pathologie und Therapie. 1874.
2. Jarisch. Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1900.
3. Kuznitzky. Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis. *Archiv f. Derm. u. Syphilis.* 1897. Bd. XXXVIII. Heft 3.
4. Schütz. Über Leukoplakia oris bei Psoriasis und anderen Dermatosen. *Archiv f. Derm. u. Syphilis.* 1898. Bd. XXXXVI.
5. Lang. Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1902.
6. Trautmann. Zur Differentialdiagnose von Dermatosen und Lues bei den Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle und oberen Luftwege. Wiesbaden 1903.
7. Kuznitzky. l. c.
8. Sack. Psoriasis conjunctivae palpebrarum (Psoriasis ophthalmica). *Intern. Atlas seltener Hautkrankheiten.* Lief. IX. Tafel XXVII. No. 2.
9. Kreibich. Demonstr. Wien. derm. Ges. 28. Okt. 1901. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1901.
10. Schütz. l. c.
11. Schwimmer. Leukoplakia buccalis. *Archiv f. Derm. u. Syphilis.* 1877 u. 1878.
12. Lissauer. Über das Verhältnis von Leukoplakia oris und Psoriasis vulgaris. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 31.
13. Leloir. Traité de Dermatologie.
14. Kaposi. Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1900.
15. Neumann. Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1880.
16. Pospelow. Ein Fall von Psoriasis acuta der Haut und Schleimhäute. *Petersb. med. Wochenschr.* Bd. VII. S. 385.
17. Polotebnoff. Über die Ätiologie, den Verlauf und die Behandlung der Psoriasis. Derm. Untersuchungen aus der Klinik des Prof. Polotebnoff an der militärärztlichen Klinik in Petersburg. 1887. Lief. II.
18. Unna. Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Die linke Wange des geöffneten Mundes ist maximal abgezogen. An deren Innenseite oben und unten cyklisch konturierte, bläulichweifse, gefurchte Plaques. Die medialen Grenzen dieser sind verdeckt durch die oberen und unteren Zähne. An der Zahnfleischzacke zwischen letztem und vorletztem Mahlzahn ein gelblicher ovaler Herd, hinter diesem eine grauweifse, mehr runde Plaque am weichen Gaumen aufsitzend. Die Quer- und Längsfaltung des harten Gaumens gut sichtbar; im Hintergrund die Uvula und die Gaumenbögen. Vorn unten die normale Zunge.

Fig. 2. Schnitt durch den unteren Plaque der Gaumenschleimhaut. Färbung Hämatoxylin-Eosin; schwache Vergröfserung. Papillen verlängert, zellig infiltriert, ebenso die angrenzenden Partien des Bindegewebes der Mucosa; erweiterte Gefäfse. Stratum mucosum des Epithels verbreitert durch Wucherung des interpapillaren Epithels. Suprapapillares Epithel normal oder verdünnt. Mächtige Lamellenauflagerung, bestehend aus flachen, kernhaltigen Zellen, unmittelbar in das gewucherte Epithel übergehend.

Über die Erfahrungen mit dem neuen Anthrasolpräparat.

Vortrag,

gehalten auf dem VIII. Kongresse der Deutschen dermatol. Gesellschaft in Sarajevo

von

Dr. med. et phil. Arnold Sack,
leitender Arzt am Heidelberger Sanatorium für Hautkranke.

Als ich auf der Frankfurter Naturforscherversammlung im Jahre 1896[1] den Kollegen unter dem Namen Solutio lithantracis acetonica ein neues Steinkohlenteerpräparat vorlegte — eine Lösung von Steinkohlenteer in einer Mischung von Benzol und Aceton unter Abfiltrierung eines grofsen Teiles des im Teer enthaltenen Pechs —, war ich schon auf der Suche nach einem möglichst reizlosen, möglichst pechfreien und möglichst wirkungsvollen Teer. Durch die guten Erfahrungen der Kollegen jenseits des Kanals mit dem Steinkohlenteer angeregt, versuchte ich für diese Teerart in Deutschland, wo bis dahin fast ausschliefslich verschiedene Holzteerarten die dermatologische Praxis beherrscht hatten, einzutreten, weil ich von seinen hervorragenden Eigenschaften überzeugt war. Die Erfahrungen mit meiner Steinkohlenteerlösung haben mir recht gegeben. Im Laufe der Jahre hat sich dieses reizlose und wirksame Präparat nicht nur in meiner eigenen Praxis, sondern auch bei einer grofsen Zahl von Fachkollegen so fest eingebürgert, dafs jetzt Steinkohlenteerlösungen zum eisernen Bestand des dermatologischen Arzneischatzes gehören.

Doch war es mir schon damals klar, dafs diese Etappe in der therapeutischen Ausbeutung des Steinkohlenteers, wie wohl sie gegenüber den bisherigen Teerbehandlungen einen nennenswerten Fortschritt bedeutete, weit davon entfernt war, ein vollkommenes Produkt geliefert zu haben, und war es daher meine nächste Aufgabe, unter Mitwirkung einer kompetenten chemischen Kraft in den Versuchen unausgesetzt fortzufahren, als deren Endziel mir ein möglichst vollkommenes Teerpräparat vorschwebte.

In der Person des Herrn Dr. Vieth fand ich einen hervorragenden chemischen Mitarbeiter, dem ich es verdanke, dafs nach vielen mühsamen Versuchen die chemisch-technische Seite der Frage soweit gediehen war,

[1] Vergl. *Kongrefsbericht* und *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1896. S. 478.

dafs wir mit einem fertigen Teerpräparat vor die Öffentlichkeit treten durften, das nicht nur einen gewaltigen Fortschritt im Sinne der Löslichmachung und Verflüssigung des ursprünglichen zähen Teers, sondern auch im Sinne seiner Reinigung und seiner Befreiung von ganz überflüssigen und gar schädlichen Ballast bedeutete.

Das komplizierte Mixtum compositum, das wir Teer nennen, und aus dem die moderne Chemie schon mehrere hundert Einzelbestandteile zu isolieren vermochte, pafst gar nicht in unsere Zeit mit ihren exakt wissenschaftlichen therapeutischen Forderungen, weil sein Gebrauch noch zu sehr an die rohe Empirie der alten Zeit erinnert. Ein so schwankender Körper mit wechselndem Gehalt an verschiedensten Substanzen, wie der ungereinigte Teer, mufs doch sicher manches enthalten, was seiner therapeutischen Wirkung zum mindesten hinderlich ist.

Dr. Vieth war der erste, der in systematischer Weise bei der Zerlegung des Teers vorangegangen ist. An einem anderen Orte hat er die Ergebnisse seiner chemisch-technischen Prüfung einzelner Teerbestandteile ausführlich niedergelegt.

Nach ihm sind im Teer vier verschiedene Gruppen von Bestandteilen zu unterscheiden:

I. Solche, die mit Alkali extrahierbar sind, also vorwiegend sauerstoffhaltige Verbindungen, wie Phenole und Säuren.

II. Solche, die mit Mineralsäuren extrahierbar sind, also vorwiegend stickstoffhaltige Basen, wie Pyridin und Chinolin.

III. Weiterhin alle im Vacuum abdestillierbare Bestandteile, also hauptsächlich die Teerkohlenwasserstoffe, und

IV. schliefslich das bei der Destillation als Rückstand bleibende Pech.

Ad I enthält der Steinkohlenteer Phenole und Kresole, der Holzteer vorwiegend Kreosot. Von diesen Bestandteilen des Teers allein kann gesagt werden, dafs sie nicht nur chemisch, sondern auch therapeutisch untersucht worden sind. Ihre Wirkung ist neben der desinfizierenden entschieden juckstillend und daher auch in dermatologischer Beziehung bemerkenswert; sie reicht aber nicht hin, um die auffallenden heilenden Eigenschaften des Teers für die Haut auch annähernd zu erklären.

Noch weniger sind diese in der Gruppe II zu suchen, die lediglich die widerlich riechenden und für den Körper giftigen Pyridin- und Chinolinbasen enthält, welch letztere vom medizinischen Standpunkte aus nicht nur entbehrlich, sondern direkt schädlich sind.

Anders verhält es sich mit der Gruppe III: diese enthält die Kohlenwasserstoffe aus der Benzol-, Naphtalin-, Anthracen- und Phenanthrenreihe — im Steinkohlenteer, aus der Reihe der Terpene — im Holzteer. Denn diesen Bestandteilen kommt der Löwenanteil zu an der Wirkung des Teers auf die Haut. Beim Steinkohlenteer sind es zumeist die höher

siedenden flüssigen Methylnaphtaline, die besonders bezüglich der eigentlichen Teerwirkung auf die Haut in Betracht kommen, wie auch meine Versuche es gezeigt haben.

Gerade diese wichtigsten Ingredienzen des Teers sind im einzelnen in Bezug auf ihre toxische bezw. therapeutische Wirkung noch sehr wenig untersucht worden. Die dermatologische Anwendung dieser Substanzen ruft, wie unsere zahlreichen Versuche gezeigt haben, keine toxischen Wirkungen hervor, wiewohl sie ein bedeutendes Durchdringungsvermögen für die Haut besitzen, wie wir uns an Versuchstieren überzeugt haben.

Im Anfang meiner klinischen Versuche arbeitete ich fast ausschliefslich mit diesen Methylnaphtalinen, die bei gewöhnlicher Temperatur eine angenehm flüssige Konsistenz haben. Nie habe ich Reizungen von ihnen gesehen, auch nicht in starken Konzentrationen; dagegen vereinigten sie all die typischen kurativen Eigenschaften des Teers in sich, nur dafs die juckstillende Wirkung, die, wie gesagt, an die Phenolgruppe gebunden ist, weniger stark in den Vordergrund trat, so lange die Phenole wegblieben.

Es bleibt noch die Gruppe IV, die pechartigen Bestandteile des Teers. Von diesen kann wohl mit Sicherheit angenommen werden, dafs sie die Teerwirkung nicht nur nicht fördern, sondern geradezu beeinträchtigen, da sie ihm eine unerwünschte Klebrigkeit und Zähigkeit verleihen, sein Durchdringungsvermögen für die Haut sehr wesentlich herabsetzen und die Haarfollikel bezw. Drüsengänge der Haut verstopfen.

Somit ergab sich aus diesen Erwägungen und Vorversuchen mit Notwendigkeit die Richtung, in der eine auf wissenschaftlicher Basis vorzunehmende Reinigung des rohen Teers für therapeutische Zwecke sich bewegen mufste. Die Ausschaltung des Peches, von dem im Steinkohlenteer bis 60% enthalten sind, und die Entfernung der giftigen und daher schädlichen Basen, waren die zwei Hauptaufgaben. Andere technische Aufgaben, wie das Verhüten des Nachdunkelns des gereinigten Teers, folgten diesen auf dem Fufse. Aufserdem mufste verhindert werden, dafs der gereinigte Steinkohlenteer sich in zwei Teile, einen flüssigen und einen festen, trennte.

Alle diese grofsen Schwierigkeiten sind von Herrn Dr. Vieth in glänzender Weise gelöst worden.

Durch die Extraktion der schädlichen Basen mit Säure, durch das Abdestillieren des Peches, durch komplizierte Reinigungsvorgänge des zurückgebliebenen Gemisches von Kohlenwasserstoffen und Phenolen, schliefslich durch den Zusatz von Wacholderteer, der die merkwürdige Eigenschaft hat, die festen Bestandteile dieses Gemisches vollständig zu lösen, gelang es, einen gereinigten, dünnflüssigen und entfärbten Teer zu erhalten, der die Konsistenz und die Farbe des Olivenöls besitzt, nicht nachdunkelt,

nicht eindickt und dazu alle wirksamen Bestandteile des Steinkohlen- und des Wacholderteers enthält.

Dieses Präparat wurde von uns mit dem Namen „Anthrasol“ belegt und in einer kurzen Mitteilung, die in der *Münchener Medis. Wochenschr.*[1] erschienen war, besprochen.

Um Mifsverständnissen vorzubeugen, sei noch bemerkt, dafs in der letzten Zeit in jedem Anthrasol die Phenole voll enthalten sind, während sie in den ersten Proben zum Teil eliminiert waren, und dafs dem Präparat zur Verbesserung des Geruches von der Chemischen Fabrik Knoll & Co. in Ludwigshafen a. Rh., wo das Fabrikat hergestellt wird, geringe Mengen Ol. Menthol. zugesetzt werden.

Ich blicke zurzeit auf eine stattliche Reihe von Fällen zurück, die ich in der ambulanten Praxis sowohl, wie in meinem Sanatorium systematisch oder nur gelegentlich mit Anthrasol behandelt habe. Ihre Zahl hat schon längst hundert überstiegen. Nur in sehr vereinzelten Fällen sah ich mich genötigt, dem Anthrasol, weil es, ohne Zusätze angewandt, einen leichten Reizzustand der Haut bei besonders empfindlichen Patienten erzeugt hatte, andere reizmildernde Komponenten zuzusetzen, um es mit Zinkoxyd-, Ichthyol-, Bleisalben und Pasten gemischt weiter anwenden zu können. In zwei Fällen war die Reizung allerdings so stark, dafs von der weiteren Anwendung des Mittels abgesehen werden mufste, weil es sich anscheinend um eine Idiosynkrasie gegen dasselbe handelte. Diese vereinzelten Mifserfolge ändern aber nichts an der Tatsache, dafs wir es hier mit einem relativ sehr reizlosen Präparat zu tun haben. Wo gibt es überhaupt gänzlich reizlose dermatologische Mittel? Die indifferenteste Behandlung kann bekanntlich unter Umständen und in gewissen Stadien der Hautaffektion die heftigste Reaktion hervorbringen! Bedenkt man, wie oft eine zur unrechten Zeit eingeleitete Behandlung mit dem gewöhnlichen rohen Teer die unliebsamsten Folgen zeitigt, so kann man es nicht verwunderlich finden, dafs auch Anthrasol, das nichts anderes sein will, als nur ein von unnötigen und hinderlichen Elementen befreites Teerpräparat, in gewissen Fällen reizen kann. Vielleicht liegt dies daran, dafs es vermöge seiner höheren Penetrationskraft die Gewebe unter Umständen etwas stärker angreift, als der klebrige, auf der Oberfläche haften bleibende rohe Teer. Jedenfalls sind solche Ausnahmen — denn um solche handelt es sich nur — recht vereinzelt und kann Anthrasol nach wie vor als der reizloseste Teer bezeichnet werden. Ebenso wie es ein Kunstfehler wäre, die Reizekzeme mit dem rohen Teer zu behandeln, sollte man sich hüten, nässende, stark irritierte und akut entzündliche Ekzem-

---

[1] Sack und Vieth, „Anthrasol“, ein gereinigter farbloser Teer und seine therapeutische Verwertung. *Münch. Med. Wochenschr.* 1903. No. 18. (S. pag. 536.)

flächen mit reinem Anthrasol oder mit seinen spirituösen Lösungen zu bepinseln. Denn in der Beschränkung zeigt sich der Meister! In meiner ersten Publikation machte ich auch diese Einschränkung geltend und möchte sie auch diesmal nachdrücklichst wiederholen. Will man dagegen bei nur schwach nässenden, nicht akut entzündlichen Ekzemen Anthrasol anwenden, so vergesse man nie, es zunächst nur schwach prozentuiert und mit guten Zinkdeckpasten gemischt zu verordnen. Dann wird man auch diese kleinen Enttäuschungen nicht erleben.

In meiner ersten Publikation gab ich verschiedene Formeln für die Anwendung des Anthrasols an. Selbstverständlich waren es nur einzelne Beispiele und Typen von Verordnungen.

Eine allgemein gültige, bestimmte Formel oder Schablone läfst sich bei Anthrasol gerade so wenig geben, wie bei jedem anderen dermatologischen Mittel. Je nach der Art der Hautaffektion und je nach dem Stadium, welches dieselbe im Augenblicke durchläuft, richtet sich auch die Wahl der Formel bezw. der Komposition, in der Anthrasol verabreicht wird. Seiner vielseitigen Anwendung kommt übrigens auch der Umstand zu statten, dafs es mit den verschiedensten Substanzen, wie absoluter Alkohol, Äther, Benzol, Aceton, Fette, Öle, flüssiges Paraffin und Vasogen, in beliebigem Verhältnis mischbar ist, ohne Rückstände zu hinterlassen. Im gewöhnlichen 90 %igen Spiritus dagegen lösen sich nur ca. 5—10 % Anthrasol.

Dadurch wird seine Anwendungsart sehr erleichtert.

Wir können es rein, in Lösungen, in Salben, Ölen, Pasten und auch Seifen verordnen.[3] Aber auch mit dem Glycerinleim läfst es sich gut mischen.

Dort wo es in erster Linie auf die juckstillende Wirkung des Teers ankommt, sind die flüssigen Verordnungsweisen des Präparates indiziert. Bei pruriginösen Zuständen der Haut, allgemeiner und lokaler Art, hat mich in meinen zahlreichen Fällen Anthrasol nie im Stich gelassen.

Es braucht kaum besonders hervorgehoben zu werden, dafs bei einem allgemeinen Pruritus in Rücksicht auf die grofse Resorptionsfläche, wie beim Teer überhaupt, nur schwächere Lösungen (ca. 10 %) in Alkohol (oder Aceton) in Frage kommen, während bei kleineren, enger begrenzten Gebieten (Pruritus ani, Lichen ruber, circumskripte, stark juckende, trockene Ekzeme u. s. w.) die Konzentration auf 20—30 % erhöht werden kann, ja, reines Anthrasol unter Umständen gebraucht werden kann, wenn der Patient es verträgt. Der Vorsicht und dem therapeutischen Takte des Arztes mufs es selbstverständlich überlassen werden, nicht mit zu starken

[3] Vor kurzem hat die Stiefelsche Fabrik in Offenbach eine tadellose Anthrasolseife, die, abgesehen von ihrem Geruch, dem Aussehen nach von der gewöhnlichen Glycerinseife nicht zu unterscheiden ist, in den Handel gebracht.

Konzentrationen zu beginnen, sondern allmählich vorzugehen, mit den schwächeren Lösungen beginnend.

Bei Pruritus ani bewähren sich mitunter glänzend auch die starken, ja, unverdünnte Anwendungen des Anthrasols. Doch ist hier auch die wieder unten besprochene Glycerinmischung beinahe souverän.

Ebenfalls geeignet für die flüssige Anthrasolbehandlung sind die Affektionen der behaarten Kopfhaut, die auch meistens mit mehr oder minder starkem Juckreiz einhergehen, als da sind trockene Kopfekzeme, Seborrhoea sicca, Pityriasis capitis, Defluvium capillorum etc. Hier sollte man aus kosmetisch-sozialen Rücksichten keine zu starken Lösungen nehmen. 1—5 %ige Lösungen genügen meistenteils vollkommen, während stärkere Haarwässer den Teergeruch zu stark hervortreten lassen.

Auch bei leichteren Formen der Psoriasis bezw. der psoriasiformen seborrhoischen Ekzeme bewährt sich nach meinen Erfahrungen die flüssige Anwendungsweise des Anthrasol, die, je nach der Tiefe und Hartnäckigkeit der Infiltrate, auf denen die Plaques sitzen, beliebig verstärkt werden kann. Bei schwereren Formen dagegen empfiehlt sich mehr die Anwendung in Salbenform, unterstützt durch die Wirkung anderer reduzierender oder keratolytischer Mittel, wie Schwefel, Resorcin, Salicylsäure etc.

In Salbenform kann Anthrasol entweder als Anthrasolvaseline bezw. -Lanolin oder als Anthrasolzinkpaste am besten verwendet werden, wenn es mehr auf die keratoplastisch-heilende Wirkung des Mittels, wie bei den Ekzemen zum Beispiel, ankommt, mit der Einschränkung übrigens, daſs bei stark nässendem Reizekzem diese Anwendung untunlich ist, bei nur schwach nässenden dagegen wohl die Paste, aber nicht die Vaselinsalbe verordnet werden sollte. Als Pastengrundlage kann jede konsistentere Zinkpaste in der Art der Lassarschen, der Unnaschen etc., gewählt werden. Anstatt der gewöhnlichen Vaselinsalbe nehme man übrigens lieber die Lanolin-Glycerinsalbenmischung nach folgender Formal:

℞	*Anthrasol*	3,0
	Lanolin	3,0
	Ung. Glycerin ad	30,0

Ich habe gefunden, daſs diese Komposition auſser ihren Vorzügen an Geschmeidigkeit und Billigkeit, auch eminent juckstillend wirkt. Da sie bequem in Tuben gefüllt und so immer mitgetragen werden kann, bildet sie einen unersetzlichen Behelf für Leute, die an Pruritus ani leiden, eine Affektion, die häufiger vorkommt als man vielleicht glaubt. Daſs darunter auch andere Behandlungsmethoden, die auf die Beseitigung der ursächlichen Momente, wie Nervosität, Helminthiasis, Hämorrhoidalknoten, Obstipation, Rhagaden etc., hinauslaufen, nicht vernachlässigt werden sollten, braucht kaum besonders erwähnt zu werden.

Bei parasitären Hautaffektionen habe ich stets noch grüne oder Kaliseife sowohl wie Schwefel dem Anthrasol zugesetzt, um seine nicht allzu grofse baktericide Kraft zu erhöhen. So können Sykosis, Trichophytie, Scabies etc. behandelt werden.

Aus diesen kurzen Ausführungen über die verschiedenen Anwendungsweisen des Anthrasols, die ich alle durchprobiert und mit Erfolg gebraucht habe, kann ich den Schlufs ziehen, dafs die Hoffnungen, zu denen uns das Präparat bei seiner ersten Gewinnung berechtigte, als in Erfüllung gegangen betrachtet werden können. Die technische Seite der Gewinnung ist nunmehr zu einer solchen Vollkommenheit gediehen, dafs wir im Gegensatz zum rohen Teer mit seiner schwankenden Zusammensetzung von einem reinen, chemisch gut charakterisierbaren Präparat sprechen können, dem alle wirksamen Bestandteile des Teers geblieben, dem aber auch alle seine lästigen und schädlichen Komponenten genommen sind. Im Gegensatz zu den ersten Anthrasolproben, welche in ihrer Zusammensetzung noch schwankten, zeichnet sich dies jüngste Produkt durch seine tadellose Reinheit und Beständigkeit aus, welche seine Reizlosigkeit gewährleisten. Die vollständige Extraktion der Farbstoffe und des Peches hat ein dünnflüssiges, farbloses Präparat geliefert, dafs mit Zinkoxyd blendend weifse Pasten und Salben gibt und weder die Haut, noch die Wäsche beschmutzt. Die therapeutische Prüfung des Präparates hat seine Ebenbürtigkeit, ja, Überlegenheit dem rohen Teer gegenüber — abgesehen von einigen Idiosynkrasiefällen — nachgewiesen.

Dies sind lauter Vorzüge, die dem Anthrasol sowohl bei den Hautkranken, wie bei den Ärzten dauernde Sympathien sichern müssen.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. November 1903.

Originalreferat von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Lesser demonstriert eine alte Frau, an deren Stirn ein seit sechs Jahren bestehendes **ulceriertes Kankroid** von grofser Ausdehnung durch dreimalige im Laufe weniger Wochen vorgenommene Röntgenbestrahlung (10 Minuten, 15 cm Abstand, mittelweiche Röhre) abgeflacht und fast ganz überhäutet ist. Diese Regression der Neubildung besteht seit einem halben Jahre.

2. L. Pick (Originalref. des Vortragenden): **Anatomische Beiträge zur Kenntnis der Schweifsdrüsenadenome.** (Mit Demonstrationen.) Die scharfe, aber gerechte Kritik Töröks, die dieser in dem Mračekschen Handbuch an den als Adenome der Schweifsdrüsen bekannt gegebenen Fällen übt, läfst nur zwei Beobachtungen gelten:

eine von Thierfelder und eine von Petersen. Auch der Thierfeldersche Fall — adenomatöse, an der Diploe des Os frontale bei einer älteren Frau hervorgebrochene Geschwulst, die von einem embryonal dorthin verlagerten Schweifsdrüsenkeim ausgehen soll — ist von anderen Autoren bezüglich seines Schweifsdrüsen- oder Adenomcharakters beanstandet worden, so dafs als allseitig anerkannt nur der Fall Petersen (multiple Schweifsdrüsenadenome unter dem Bilde eines Naevus verrucosus unius lateris) besteht.

Der Hauptfehler der Autoren liegt in einer mangelhaften Fassung des Adenombegriffes: unrichtigerweise wurden hierher Geschwülste gezählt, die ausschliefslich aus soliden Epithelsträngen bestehen, ja, richtige Carcinome sind; auch gehören zu den Adenomen nicht Zustände, die vom Autor selbst als eine kongenitale numerische Hyperplasie von Schweifsdrüsen bezeichnet werden (vergl. den Fall von Brauns, *Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. 64).

Vortragender berichtet unter Demonstration von mikroskopischen Präparaten und Abbildungen über drei in der Landauschen Klinik, Berlin, beobachtete erbsengrofse Geschwülste, die an der Vulva (rechtes und linkes Labium majus) und Oberschenkelinnenhaut dicht unter dem Ende des Labium majus bei einer 40jährigen Virgo und einer älteren Frau gefunden wurden.

Die Knoten stellen sich als exquisite, aus einem Wirrwarr tubulöser Drüsenschläuche aufgebaute Adenome dar. Die beiden Tumoren des ersten Falles sind fibrös umkapselt; im zweiten Falle fehlt eine Kapsel, die Adenomschläuche finden sich in dichtester Nähe des Epidermisepithels. Dieser Befund, vor allem aber das verschlungene Labyrinth der geknäuelten Schläuche erinnert stark an das Verhalten der sogenannten malignen (destruierenden) Adenome; die Tumoren machten auf den ersten Blick geradezu den Eindruck von Hautmetastasen einer derartigen Geschwulst. Indessen gelang es in beiden Fällen, die autochthone Entstehung der kleinen Tumoren durch den Nachweis des Zusammenhanges der Adenomschläuche mit dem Epidermisepithel — das eine Mal mit einem halben Dutzend Schweifsdrüsenausführungsgänge, das andere Mal direkt mit dem Sprossen treibenden Oberflächenepithel — sicherzustellen. Auch ein von G. Schickele-Strafsburg am Labium minus beobachteter kleiner Tumor (Hegars Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. 1902), der in allen Details mit den vom Vortragenden vorgelegten übereinstimmt, gehört unzweifelhaft hierher. Sch. hat die Geschwulst irrigerweise als ein Adenom des Urnierenausführungsganges (Gartnerschen Kanales) beschrieben.

Sehr bemerkenswert ist nun die spezielle Struktur des Adenomgewebes selbst. Hier herrscht eine ebenso ausgebreitete wie überraschende Analogie mit dem physiologischen Bau der Schweifsdrüsenkanäle. Überwiegend ist mit vollendeter Treue der Bau des secernierenden Knäuelabschnittes reproduziert. Zwischen elastischer Membrana propria und epithelialer Innenschicht von Zylinderzellen eine in der Längsrichtung der Schläuche angeordnete einfache Lage einkerniger Spindelzellen (Köllikers ektodermale Muskelzellen); an anderen Kanälen sieht man den Typus der Schweifsdrüsenausführungsgänge (doppelschichtiges kubisches Epithel).

Es ist also die Homologie oder Homoeoplasie des Schweifsdrüsenadenomgewebes im Verhältnis zum Muttergewebe — bei aller Variation in der allgemeinen Form der Adenomschläuche — eine aufserordentlich hohe.

Auch in den übrigen bisher als Schweifsdrüsenadenome gesicherten Fällen von Petersen, Perthes und Bartel läfst sich die Doppelschichtigkeit des Epithels nach dem Sekretionskanal- und Ausführungsgangtypus der Schweifsdrüsen jedesmal nachweisen. Nur Perthes hat diesen Punkt für seinen Fall diagnostisch gewürdigt. Er besitzt indessen, wie Vortragender hervorhebt, für diese Geschwulstform als histio-

genetisch-diagnostisches Kriterium ganz allgemeine Bedeutung und gestattet den Ursprung bestimmter Hautadenome auch da aufzudecken, wo der Zusammenhang mit dem Mutterepithel (Schweifsdrüsen oder Epidermis) verloren gegangen ist.

Betreffs der Nomenklatur betont Vortragender: Mit den Schweifsdrüsenadenomen resp. -adenocystomen haben nichts zu tun, aufser den schon eingangs erwähnten Fällen, Beobachtungen wie die von Elliot oder Rolleston. Sie stellen ein Fibroma intracanaliculare oder intrasyringeale dar ohne drüsige resp. cystomatöse Neubildung.

Die Adenome in den Fällen des Vortragenden, bei Schickele, Petersen, Perthes, Bartel sind in drei Gruppen zu trennen: 1. Adenome, die nachweislich von den fertigen Schweifsdrüsen ausgehen: Hidro(cyst)adenoma (Fall Bartel). 2. Adenome, die vom Epidermisepithel oder rudimentären (mifsbildeten) Schweifsdrüsengängen aus sich entwickeln. Hier kann man logischerweise nicht von Adenomen der Schweifsdrüsen sprechen, sondern lediglich von Adenomen, die nach dem Schweifsdrüsentypus sich aufbauen: (Cyst)Adenoma hidradenoides (Fälle des Vortragenden, Schickele, Bartel, Perthes). 3. Adenome, die einer Kombination der sub 1 und 2 genannten Formen entsprechen (Fall Petersen).

Das Hidradenom kann als Hidro(cyst)adenoma tubulare s. simplex und als Hidro(cyst)adenoma papilliferum (Fall Bartel) auftreten. Für weitere Scheidungen ist die gegenwärtige Kasuistik noch nicht zureichend.

Unerläfslich für die Förderung der Frage ist aber jedenfalls eine strenge Respektierung des Adenombegriffes bei der Beschreibung einschlägiger Fälle.

Diskussion: Blaschko erinnert an die von ihm 1898 und 1901 an dieser Stelle demonstrierten Präparate von Syringocystadenom und von Hidrocystoma papilliferum. Auch in seinen Fällen ist typisch das zweischichtige Epithel zu sehen gewesen. Es ist ein Verdienst Picks, auf dieses leicht feststellbare Kriterium der Schweifsdrüsenarten ausdrücklich hingewiesen zu haben. Sekundäre Veränderungen (Abplattung der Zellenlage in Cysten, Wucherung bei zu vielfachen Lagen im Hidrocystoma papilliferum) kommen allerdings vor.

Wolters hat vier hierhergehörige Fälle untersucht und hält diese Tumoren für häufig. Es handelt sich um kongenitale Geschwülstchen an Gesicht und Rumpf, die halsartig abgeschnürt der Haut aufsitzen. Die Epithelwucherung ist nicht abgekapselt wie in Picks Fällen. Die epitheliale Neubildung geht vom Epithel herab oder von den Schweifsdrüsengängen aus, während diese nach unten in cystisch erweiterte Knäuel enden. Die Stränge, die die Neubildung zusammensetzen, sind häufig solide. Die Kanalisation beginnt immer an den tiefsten Punkten. Überall ist die zweifache Lage vorhanden, deren Innenzellen aus hohem Cylinderepithel bestehen. Später kommt Zerfall der Zapfen vor, unter Beteiligung von Riesenzellen und in Begleitung von eosinophilen Zellen. Petersens Fall ist ähnlich, Thierfelders Fall ist sehr zweifelhaft, die Beschreibung von Verneuil und alle anderen Beschreibungen beziehen sich auf andere Tumoren als Schweifsdrüsenadenome.

Pick hält das Kriterium der Zweischichtigkeit des Epithels ganz besonders in den Fällen für wichtig, wo die Ableitung vom Epithel nicht mehr gefunden werden kann.

3. Hollstein demonstriert ein sechsjähriges Mädchen, welches durch einen Beilhieb sich das Dorsum der Nagelphalanx des linken Daumens verletzt hat. Ein Vierteljahr nachher begannen Schmerzen und Rötung in der Narbe, und nach einiger Zeit drang zwischen Interphalangealgelenk und ursprünglichem Nagel ein zweiter Nagel hervor, welcher seitdem wuchs und regelmäfsig abgeschnitten werden mufs. Diese **doppelte Nagelbildung** ist durch traumatische Verschiebung des unteren Segments der Nagelmatrix zu erklären. Der ursprüngliche linke Daumennagel ist jetzt erheblich kleiner als der rechte Daumennagel.

Diskussion: Heller erwähnt einen ähnlichen Fall in seinem Buch, den er auch als Verschiebung der Nagelmatrix deutet.

4. Lesser demonstriert den Fall von **Darierscher Dermatose**, welcher auf dem VI. Kongresse der Deutschen dermatologischen Gesellschaft (Strafsburg, 1898) von Jacobi-Freiburg (Verh. S. 406) vorgestellt wurde. Die Vegetationen haben, namentlich in den Genitocrural- und Afterfalten, bedeutend zugenommen. Mikroskopische Präparate zeigen die Epithelzapfen und die Corps ronds der Hornschicht.

5. Lippmann demonstriert einen jungen Mann, dessen Schwager an Lichen planus erkrankt war, und dessen vor einigen Wochen erfolgte Erkrankung er als Beispiel für die **infektiöse Natur des Lichen planus** aufgefafst wissen möchte.

Diskussion: Saalfeld behauptet die nervöse Natur des Lichen planus; er denkt bei familiärem Vorkommen eher an vererbte Disposition.

Wechselmann bittet um histologische Bestätigung der Diagnose.

6. Wechselmann demonstriert einen Mann, dessen Stirn mit flach vertieften, scharf umschriebenen Herden bedeckt ist, deren Ränder durch Reiben und sonstige blutzuführende Reizungen rasch in starke Rötung geraten. Lupus erythematodes wird ausgeschlossen und ein Vergleich mit den Fällen von Thibierge (Atrophodermie érythemateuse), Jadassohn (Anetodermie), Nielsen, Heuss gezogen. Am Rücken dieses Kranken befinden sich Knötchen, die klinisch und histologisch als Lichen planus angesehen werden müssen. Im Infiltrat der Knötchen sieht man einen völligen Schwund des elastischen Gewebes. An den narbigen Efflorescenzen des Kopfes ist mikroskopisch junges Bindegewebe eingelagert, wie es nach Darier typisch für **Lichen ruber atrophicus** ist: als solcher ist dieser Krankheitsfall wohl auch anzusehen. Der Anschlufs an eine mit heftigen Kopfschmerzen zwei Jahre lang bestehende Nasennebenhöhleneiterung und die Lokalisation im Bereiche des N. supraorbitalis sprechen für die neurotische Natur des Lichen ruber.

Diskussion: Lesser erinnert an den Fall circumskripter Hautatrophie aus der Sitzung vom 3. Juni 1902 (cf. *diese Zeitschrift*, Bd. 35, S. 104), in welchem sich bei nachträglicher Untersuchung ebenfalls Lichen planus-Knötchen fanden.

7. Blaschko demonstriert grofse **Atrophien um die Follikel nach Abheilen eines Lichen pilaris** (Vorderseite des Oberschenkels eines Mannes).

8. Blaschko demonstriert einen ausgebreiteten **Lichen simplex verrucosus** an der Innenseite des linken Oberschenkels eines jungen Mannes.

9. Lippmann stellt einen **Fall zur Diagnose**: ein papulöses, stark juckendes Exanthem von mehrwöchentlichem Verlauf der successive entstehenden Efflorescenzen am Rumpf (namentlich vorn) eines jungen Mädchens. Syphilis ist auszuschliefsen.

Fachzeitschriften.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Band 21. Oktober 1903.

I. **Dermatitis veneta**, von J. C. White-Boston. Im Jahre 1887 hat Verfasser eine Arbeit über die Dermatitis veneta geliefert. Seitdem hat sich die Liste der Substanzen, die eine Hautentzündung hervorzurufen im stande sind, stark erweitert. Verfasser gruppiert diese Agentien in solche

A. welche allgemein als Irritantien bekannt sind; hierher gehören unter anderen die Haarfärbemittel, das Orthoform, Resorcin, Pyoctanin, Jodvasogen u. a.

B. welche als Irritantien noch nicht genau bekannt sind, weil sie nur gelegentlich eine Reizung hervorrufen, und die Umstände, unter denen dies geschieht, noch wenig oder gar nicht geklärt sind.

C. Verdächtige Pflanzen.

Verfasser führt eine ziemlich umfangreiche Liste aller in der Literatur als irritierend beschriebener Substanzen und Pflanzen.

II. **Ein Fall von symmetrischer Gangrän**, von E. B. Bronson. Die Krankheit begann im Jahre 1894, als die Patientin 14 Jahre alt war. An beiden Unterschenkeln und Knöcheln zeigten sich damals vereinzelte Stellen, besonders des Nachts, schmerzhaft. Später waren dieselben, genau symmetrischen Partien gerötet, geschwollen und schmerzhaft. Die Röte hatte anfangs einen dunklen Ton, ging später in eine bläuliche Farbe über. In den ersten Jahren traten die Erscheinungen in ca. sechs Wochen dauernden Attacken zumeist im Sommer auf. Im weiteren Verlaufe jedoch zeigten sie sich auch im Winter, dauerten länger und waren von intensiverem Charakter. Aufserdem kam es stellenweise zur Blasenbildung, zu Erosionen, oberflächlichen Ulcerationen. Hier und da sah man Narben von abgeheilten Geschwüren. Die Anfälle wiederholten sich ziemlich oft. Von einem Arzte wurde die Patientin auch mit Röntgenstrahlen behandelt. Statt Besserung trat Verschlimmerung des Zustandes ein. An den Rändern der Geschwüre begann ein gangränöser Prozefs. Es bildeten sich auf den Geschwürsflächen harte, trockene, schwarze Schorfe. An einzelnen Stellen ging der nekrotische Prozefs bis auf die Knochen.

Die Exzision der nekrotisch gewordenen Partien und Transplantation gesunder Haut führte für längere Zeit Besserung herbei, ohne dafs jedoch dauernd Rezidive verhindert werden konnten.

III. **Die Anwesenheit von eigentümlichen, verkalkten Körpern im lupusähnlichen Gewebe**, von T. C. Gilchrist und W. R. Stokes-Baltimore. Die Verfasser beschreiben die Krankengeschichte eines 16jährigen Negermädchens, welches im Jahre 1894 mit einem Ausschlage im Gesicht, besonders an den Augenwinkeln und an der Nase, später in der Mund- und Rachenhöhle erkrankte und im Jahre 1895 in Behandlung trat. Die Patientin zeigte bei der ersten Besichtigung Teile des weichen Gaumens, die Uvula vollständig zerstört, deutliche Narben von abgeheilten Geschwüren an den Tonsillen, im Rachen und Kehlkopf. Die Hautläsionen sind dunkelrote, erhabene, längliche, unregelmäfsig gestaltete, stellenweise mit schmutzigen Krusten bedeckte Plaques. Entfernt man diese Krusten, so kommen kleine, oberflächliche Geschwüre zum Vorschein. Die ganze Nasenspitze war mit solch schmutzigschwarzen Borken bedeckt, nach deren Beseitigung eine unregelmäfsige, papillomatöse oder fungöse, leicht blutende Masse sichtbar wurde. Abgesehen von einigen kleinen Pusteln war die Schleimhaut nicht ergriffen. Kein Lupusknötchen konnte am Rande irgend eines der Plaques wahrgenommen werden; ebenso waren keinerlei Anhaltspunkte für Syphilis vorhanden. Die Submaxillardrüsen waren bedeutend vergröfsert. Unter Jodkalium und Quecksilber besserte sich der Zustand; aber die Patientin entzog sich zu rasch der weiteren Behandlung. (NB. So ganz und gar ohne Anhaltspunkte für Syphilis scheint der Fall denn doch nicht zu sein! Ref.)

Die mikroskopische Untersuchung ergab Befunde, die an Sanfelices Blastomyces lithogenes erinnerten. In den Präparaten fanden sich hier und da zerstreut, besonders aber in Riesenzellen, viele runde, ovale und doppeltkonturierte, eigentümliche Gebilde, von denen manche eine Verkalkung eingegangen waren. Nirgends wurden Tuberkelbacillen gefunden.

Die später exzidierten Submaxillardrüsen zeigten dieselben Gebilde in Riesenzellen. Von der Drüse wurde etwas an einem Meerschweinchen eingeimpft. Dasselbe

ging vier Wochen später zu Grunde. In der Leber fanden sich zahlreiche stecknadelkopfgroſse, feste Knoten, die zumeist aus den obigen ähnlichen Körpern zusammengesetzt waren. Tuberkulose war in keinem der Organe nachweisbar. An einem Hunde angestellte Versuche ergaben ähnliche Befunde und stets dieselben Gebilde, niemals Tuberkelbacillen.

IV. **Ein neues Arzneiexanthem vom Jodoformtypus**, von S. Pollitzer-New York. Das neuerdings gegen Rheumatismus so warm empfohlene „Mesotan" zeitigt nach den Erfahrungen des Verfassers zuweilen auch Ausschläge. Es wird, zu gleichen Teilen mit Olivenöl vermischt, äuſserlich in die befallenen Stellen eingerieben. Der lokalen Applikation folgt eine angenehme Empfindung von Wärme und Prickeln; die eingeriebene Haut rötet sich etwas. Schon eine halbe Stunde nach der äuſserlichen Applikation ist Salicyl im Urin nachweisbar, ein Beweis, daſs das Mittel rasch durch die Haut absorbiert wird.

Verfasser beschreibt zwei Fälle, bei denen sich infolge des Gebrauchs von Mesotan an den eingeriebenen Stellen eine mit intensivem Jucken und Brennen verbundene Dermatitis in Form eines vesikulösen Ausschlages auf einer diffus erythematösen Oberfläche entwickelte.

Ob das Exanthem durch Vermittlung des vasomotorischen Nervensystems oder direkt von der Haut aus entstanden ist, läſst sich mit Sicherheit nicht sagen.

V. **Zwei eigentümliche Fälle von Fragilitas crinium**, von G. Th. Jackson. Der erste Fall betraf einen 26jährigen Patienten, in dessen Familie Haarkrankheiten nicht vorgekommen sind. Seine Gesundheit war gut, wenngleich er etwas nervös ist. Vor vier Wochen etwa lieſs er sich das Haar ganz kurz schneiden. Einige Zeit nachher bemerkte er, daſs, während die meisten Haare in normaler Weise wieder wuchsen, es auf dem Kopfe Stellen gab, wo dies nicht geschah. Diese Ungleichheit im Haarwachstum trieb den Patienten zum Arzt.

Die Untersuchung stellte zunächst auf der dem Schädel festanliegenden Kopfhaut allgemein dünnes, trockenes, glanzloses Haar fest. Auf dem linken, wie auf dem rechten Parietalknochen, sowie über der Stirn befinden sich, ähnlich wie bei der Alopecia areata, scharf umschriebene Stellen, auf denen die Haare kurz und dicht bis zur Kopfhaut gerollt waren.

Eine mikroskopische Untersuchung war nicht vorgenommen worden.

Unter der Behandlung mit Teerseifenwaschungen und Einreiben eines Salicylöls ist das Haar innerhalb von sechs Monaten gleich den übrigen Haaren in normaler Weise gewachsen.

Der zweite Fall betraf einen starken Raucher mit Paralysis agitans eines Armes. Derselbe zeigte seit vier Wochen auf dem Scheitel des Kopfes zwei runde, scharf begrenzte Stellen, auf denen die Haare dünn und abgebrochen waren. Eine andere Stelle befand sich auf dem Hinterkopfe. Die Haare waren hier abgebrochen und bis dicht auf die Kopfhaut gekräuselt, ähnlich wie bei einem Neger.

Die mikroskopische Untersuchung ergab keine Parasiten, wohl aber das Bild der Trichorrhexis nodosa. Auch dieser Patient genas in wenigen Monaten.

Es ist nicht ausgeschlossen, daſs in diesem letzteren Falle das starke Rauchen an der Entstehung der Haarkrankheit mit beteiligt ist.

Beide Fälle könnten auch als sogenannte „Ringelhaare" aufgefaſst werden.

VI. **Eine rasche Methode, die Lepra zu diagnostizieren**, von F. J. Shepherd Montreal. Ein Chinese, der seit zwei Jahren in Montreal lebte, war bis September 1901 völlig gesund. Um diese Zeit bemerkte er Röte und Verdickung der Haut auf der Stirn. Bald stellten sich erythematöse Flecke an den Armen ein. Der Ausschlag verursachte starkes Jucken, besonders bei warmem Wetter, und besserte sich bei

kühler Temperatur. Er verbreitete sich in der nächsten Zeit über verschiedene Körperteile. Die Flecke sehen zurzeit teils rot, teils gelblich-braun aus, sind vereinzelt mit kleinen weifslichen Schuppen bedeckt und deutlich mehr oder weniger anästhetisch.

Die Drüsen waren allgemein vergröfsert.

Der Fall hatte manche Ähnlichkeit mit einer alten Psoriasis.

Um die Diagnose sicherzustellen, wurde ein Stückchen eines der Ulnarnerven exzidiert, aufserdem ein Knoten entfernt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab zahlreiche Leprabacillen. Der Patient wurde auf die Diagnose hin nach China zurücktransportiert. Noch früher als die Ulnarnerven, werden bei Lepra anaesthetica nach den Beobachtungen von Barker in 90 % aller Fälle die grofsen Aurikularnerven ergriffen. *C. Berliner-Aachen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1903. Heft 8—9.

Die Histopathogenese der Psoriasis, von G. Verrotti-Neapel. V. nimmt der Psoriasis gegenüber einen eigenen ätiologischen Standpunkt ein; er sieht in ihr bekanntlich den Ausdruck einer urologischen Störung, wie er das in einer früheren Arbeit ausgeführt hat. Dort hatte er auszuführen versucht, dafs der Psoriasisprozefs von zwei Faktoren abhängt; er steigt und fällt mit dem Säuregehalt des Blutes und steht im umgekehrten Verhältnis zur Unversehrtheit der Nierentätigkeit; die Haut betrachtet er als ein Ausscheidungsorgan, das geeignet ist, die Nierentätigkeit zu entlasten und zu ergänzen.

Die vorliegende Arbeit liefert nun einen eingehenden histologischen Befund zweier Psoriasisfälle, die ihm auch als Grundlage seiner ätiologischen Untersuchungen gedient hatten. Die ganze Cutis, sagt V., befindet sich während des Bestehens der Psoriasis in einem kongestiven Zustand, der in der papillaren und subpapillaren Zone besonders ausgesprochen ist, und der in dem Rete Malpighii schliefslich zur Parakeratose führt. Dabei lassen sich bei der Psoriasis drei Perioden unterscheiden, die man alle an einer Psoriasisplaque in voller Entwicklung studieren kann. Das Anfangsstadium läfst sich am besten an der klinisch anscheinend gesunden Nachbarcutis („Zone péripsoriasique") beobachten. Es fallen hier namentlich die Zirkulationsstörungen auf; in der Epidermis gewahrt man beginnende Proliferation des Corpus Malpighii. Im Höhestadium, das in der Peripherie der Psoriasisplaque am schärfsten zum Ausdruck kommt, sind die Zirkulationsstörungen in der Tiefe der Cutis noch ausgesprochener, während sich in der Epidermis ein lebhafter parakeratotischer Prozefs entwickelt hat. In der regressiven Periode endlich sind die Zirkulationsstörungen wieder in der Rückbildung begriffen. Die Proliferation des Rete Malpighii hat aber noch zugenommen, und die Papillen sind auffallend verkleinert.

Endlich sucht V. aus dem histologischen Befund auch nachzuweisen, dafs der ganze Prozefs nicht in der Epidermis, sondern in der Cutis seinen Anfang nimmt.

Zur Histologie des Lichen chronicus circumscriptus (Neurodermitis circumscripta), von E. Dalous-Toulouse. Veranlafst durch zwei frühere Arbeiten von Brocq und Jacquet, sowie von Marcuse, teilt D. den histologischen Befund zweier Fälle von Lichen chronicus circumscriptus mit, bei denen die Biopsie vorgenommen werden konnte. In beiden Fällen enthielt das Bindegewebe zahlreiche Herde von Ödem; sie lagerten um die Kapillaren der Portio papillaris der Cutis. Daselbst bestanden auch viele embryonäre Kapillaren und eine lebhafte Proliferation fixer Zellen. Auch die Papillen sind sämtlich ödematös, zum Teil hypertrophiert; die Nerven zer-

fasern sich mitten in den Ödemherden und weisen verschiedene pathologische Veränderungen auf. In der Epidermis sind das Stratum mucosum und die interpapillaren Veränderungen beträchtlich hypertrophiert; Karyokinese in vielen Zellen der Keimschicht und des Rete Malpighii; Hyper- und Parakeratose; keine Wanderzellen.

Mit diesen Befunden, so führt Verfasser weiter aus, stimmen nun, was die Cutis und die Gefäfse anbelangt, diejenigen von Brocq und Jacquet, was die Epidermis betrifft, diejenigen von Marcuse überein. Auf jeden Fall ist das mikroskopische Bild des Lichen chronicus simplex ebenso charakterisiert wie sein klinisches; Epidermis und Cutis bieten ganz eigenartige histologische Veränderungen dar. Ob die einen von den anderen abhängen? D. ist geneigt, diese Frage zu verneinen; er betrachtet vielmehr beide als gleichzeitige und gleichwertige Wirkungen einer gemeinsamen höheren Ursache; diese vermutet er in Störungen des zentralen Nervensystems, so dafs wir also in dem Lichen chronicus circumscriptus „die örtliche Wirkung einer peripheren Neuritis von zentraler Herkunft" vor uns hätten.

Zahlreiche subcutane Abscesse mykogenen Ursprungs, von de Beurmann und Ramond-Paris. Patient, 37 Jahre alt, Weinreisender, abgesehen von Gicht ganz gesund, kommt mit zahlreichen subcutanen Tumoren ins Hôpital Saint-Louis zur Aufnahme. Die Tumoren haben bis zu Pfirsichkerngröfse, verschonen nur das Gesicht, machen den Eindruck von Cysten, sind nur auf Druck und bei Bewegungen etwas empfindlich, ziemlich schnell entstanden; die gröfseren mit der Haut stellenweise verwachsen. Es werden mehrere entfernt und auf ihren Inhalt untersucht; dieser besteht jedesmal aus krümeligem Eiter, der frei von Mikrobien ist, aber einen noch nirgends beschriebenen Pilz enthält. Der Pilz gedeiht auf den verschiedensten Nährböden, ist aber ungeheuer polymorph. Auf Gelatine bilden sich bei der ersten Aussaat runde, weifsliche Kolonien von erhabenem Rand und eingesunkener Mitte. Auf anderen Nährböden fielen die Kolonien anders aus, alle aber hatten die Eigentümlichkeit, in den nächsten Tagen mehr und mehr nachzudunkeln. — Für Tiere, Kaninchen und Meerschweinchen, erwies sich der Pilz in keiner Weise pathogen.

Bei dem Patienten wurden alle Tumoren, etwa 33 an der Zahl, durch Jodkalium zum Schwinden gebracht.

Gangrän der Nasenspitze bei einem Fall von tertiärer Syphilis und Raynaudscher Krankheit, von F. Balzer und Ch. Fouquet-Paris. Der 53jährige, etwas schwächliche Patient war wegen Syphilis ins Krankenhaus aufgenommen. Hier entwickelte sich schon am nächsten Tage unter vorübergehendem Frostgefühl eine Gangrän der Nasenspitze; es entwickelte sich auf ihr ein blauroter Fleck mit einer Phlyktäne, die bald zu einer schwarzen Kruste eintrocknete. Unter spezifischer Behandlung fiel diese Kruste nach vier Wochen ab und hinterliefs eine eingesunkene, glänzende Narbe. Patient bot die Symptome der Raynaudschen Krankheit und hatte schon im Jahre vorher an der linken Ohrmuschel eine kleine Gangrän gehabt, die damals ausgekratzt wurde, zu ihrer Heilung aber volle sechs Monate brauchte. Die Verfasser werden wohl Recht haben, wenn sie diese zweimalige Gangrän der gleichzeitig bestehenden, aber dem Patienten bis dahin unbekannt gebliebenen Syphilis in die Schuhe schieben.

Rezidivierende Phlyktänose der Extremitäten, von E. Bodin-Rennes. Diese Dermatose, von der auch Verfasser einen Fall anführt, wurde zuerst von Hallopeau beschrieben. Sie besteht darin, dafs sich an den Extremitäten kleine Phlyktänen beständig neu bilden und wieder ausheilen. In dem vorliegenden Fall handelte es sich um einen 32jährigen, anderweitig ganz gesunden Menschen, bei dem die Krankheit plötzlich am Daumen der rechten Hand zum Ausbruch kam, indem sich hier eine Entzündung nach Art eines Panaritium entwickelte. Im Anschlufs daran entstanden

nun fortwährend neue Phlyktänen auf beiden Handflächen, die, abgesehen von leichtem Brennen, keine Beschwerden verursachten, das Allgemeinbefinden unverändert liefsen und je nach einigen Tagen, ohne eine Narbe zu hinterlassen, wieder abheilten. Dieser Zustand dauert nun schon mit mehrmonatlichen Unterbrechungen drei Jahre an und hat sich von keinem therapeutischen Handeln nennenswert beeinflussen lassen. Auch für die Aufklärung der Ätiologie hat sich dieser Fall ganz unfruchtbar erwiesen.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1903. Heft 18.

Über die elektrolytische Dilatation der Urethra, von E. Desnos. Während D. von der Anwendung der rasch wirkenden, das narbige Gewebe momentan zerstörenden linearen Elektrolyse bei der Behandlung der Harnröhrenstrikturen vollständig abgekommen ist, macht er von dem langsam wirkenden elektrolytischen Verfahren nach Newman andauernd mit sehr gutem Erfolge Gebrauch. Bei dieser Methode hat die Applikation des elektrischen Stromes keinen oder nur einen ganz geringen unmittelbaren Effekt; die Elektrolyse, d. h. die Eliminierung oder Resorption des Narbengewebes vollzieht sich in der Zwischenzeit zwischen den einzelnen Sitzungen. Instrumentarium und Technik des Verfahrens sind sehr einfach. Den Strom liefert ein aus zehn bis zwölf Elementen bestehender galvanischer Apparat, der mit einem sehr empfindlichen Galvanometer versehen sein mufs: als negative Elektroden dienen Metallbougies. In Fällen, in denen neben den Strikturen ausgedehntere Sklerosierungen und Indurationen der Harnröhrenwände oder periurethritische Veränderungen vorhanden sind, verwendet man, da hier der Strom auf die ganze Harnröhrenwand wirken darf und soll, gewöhnliche Bénique'sche Metallbougies; dieselben sind, wenn es sich um sehr enge Strikturen handelt, mit ganz dünnen Leitsonden zu versehen und werden so weit eingeführt, bis die letzte Striktur eben passiert ist. In Fällen, in denen keine Sklerosen und Indurationen u. s. w. bestehen und der Strom deshalb nur auf die verengte Stelle selbst wirken soll, bedient sich D. eigener Bougieselektroden, bei denen das Metall nur an beiden Enden frei liegt, während der ganze Schaft mit einem gut isolierenden Firnis bedeckt ist; das urethrale Ende dieser Instrumente ist konisch geformt, damit auf die verengte Partie ein zirkulärer Druck ausgeübt wird. Für je vier bis fünf Nummern der Katheterskala genügt eine solche Bougieelektrode. Für jede Sitzung mufs dasjenige Bougie ausgewählt werden, das die Striktur gerade noch ohne grofsen Widerstand passiert. Die Stromstärke darf bei Verwendung eines Bougies mit isoliertem Schaft nur 3—4, bei Verwendung eines gewöhnlichen Bénique'schen Bougies 6—8 Milliampères betragen; die Dauer der einzelnen Sitzungen variiert je nach der Stärke der vorhandenen Veränderungen zwischen fünf und zwölf Minuten. Die Anwendung des Verfahrens hat keinerlei nennenswerte Beschwerden zur Folge, nur in ganz seltenen Fällen treten am Tage nach der Sitzung Schwierigkeiten in der Harnentleerung auf. Die durch Resorption narbigen Gewebes zu stande kommende Erweiterung, die nach einer Sitzung im Durchschnitt zwei bis drei Nummern der Katheterskala beträgt, geht ganz langsam im Laufe mehrerer Tage vor sich; zwischen je zwei Sitzungen mufs daher stets ein achttägiges Intervall liegen. Irgend welche unangenehme Zwischenfälle oder Komplikationen hat D. nie beobachtet.

D. hat das geschilderte Verfahren bisher fast ausschliefslich in solchen Fällen angewendet, in denen die anderen Methoden der allmählichen Dilatation versagt hatten. Es waren das veraltetete Fälle, in denen neben den Strikturen ausgedehnte Indurationen und Sklerosierungen der Harnröhrenwände und periurethritische Verände-

rungen bestanden; in den meisten dieser Fälle wurde nicht nur eine genügende Erweiterung erzielt, es wurden auch die Harnröhrenwände weicher und geschmeidiger, die periurethritischen Indurationen verschwanden, die stets vorhandene chronische Urethritis besserte sich. Neuerdings wurden von D. auch vier Fälle von frischen, unkomplizierten Strikturen dem Verfahren unterworfen; der Erfolg war auch hier ein sehr günstiger. Die Dauer der Behandlung betrug bei sämtlichen Fällen D.s im Durchschnitt 65 Tage, bei den vier unkomplizierten Fällen stets weniger als einen Monat. Die erzielte Erweiterung blieb im allgemeinen viel länger bestehen als bei Anwendung anderer Methoden; in wenigen Fällen hat sie sich seit zehn und zwölf Jahren ganz oder nahezu unverändert erhalten, obwohl während dieser Zeit meist keinerlei nennenswerte Behandlung vorgenommen wurde. Die Kontraindikationen des Verfahrens sind die gleichen wie bei allen Methoden der allmählichen Dilatation. In Fällen, in denen eine Urethrotomia interna vorgenommen werden mußte, kann man mit sehr gutem Erfolge an Stelle der gewöhnlichen Sondendilatation die elektrolytische Dilatation vornehmen, man beginnt mit derselben einige Tage nach der Operation. Ein Versagen des Verfahrens hat D. nur ganz selten beobachtet. — Die 25 Krankengeschichten, die D. am Schlusse seiner Arbeit auszugsweise mitteilt, legen von der Wirksamkeit der geschilderten Methode ein sehr günstiges und bestechendes Zeugnis ab.

Götz-München.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1903. Heft 9.

Lichen planus, auf die Mund- und Präputialschleimhaut beschränkt, von A. Delille und Druelle-Paris. Die Mitteilung dieses Falles rechtfertigt sich dadurch, daß der Lichen nur auf die Schleimhaut des Mundes und der Vorhaut beschränkt blieb, während die Körperhaut ganz frei von jedem Ausschlagselement war. Am Präputium des 25jährigen, sonst gesunden Patienten saß eine Plaque; zwei weitere befanden sich auf der Zunge; diese heilten unter Bepinselung mit Resorcin-Glycerinlösung, jene wurde auf Wunsch des Patienten ausgeschnitten. Die Diagnose des Lichen planus fand bei der histologischen Untersuchung ihre Bestätigung.

Histologische Untersuchung über die Wirkung des Chrysarobin bei der Alopecie, von Menahem Hodara-Konstantinopel. H. hat sich zu diesen Untersuchungen des Unnaschen Chrysarobinstifts bedient, mit dessen Heilwert gegenüber der Alopecia areata er sehr zufrieden ist. Es standen ihm für die vorliegende Untersuchung drei Fälle zur Verfügung, denen er im ganzen elf Hautstückchen entnommen hat. Sieben dieser Hautstückchen stammten von mit Chrysarobin behandelten Stellen, vier von unbehandelten Stellen, von denen drei in der Heilung begriffen, eine frisch entstanden war. Bei den Präparaten der sieben ersten Hautstückchen zeigte sich die Entzündung in der Cutis im allgemeinen lebhafter, sämtliche Gefäße und Lymphspalten waren stark erweitert, die Gefäßwände verdickt; es bestand Proliferation der perithelialen Zellen und um die Gefäßwände herum starke Infiltration von Bindegewebszellen. Dieser ganze Entzündungsprozeß ist in denjenigen Präparaten, die aus nicht behandelten Hautstellen stammten, viel geringer ausgesprochen. Die Einwirkung des Chrysarobin besteht darin, daß die Bildung neuer Follikel und Haare schneller und zahlreicher erfolgt. Die Ätzung mit Chrysarobin ist, wie Verfasser immer und immer wieder betont, so lange in angemessenen Zwischenräumen zu wiederholen, bis man überzeugt ist, daß die neugewachsenen Haare sich normal weiterbilden. Hört man nämlich zu früh mit der Behandlung auf, so fallen die ganzen Haare wieder aus.

Türkheim-Hamburg.

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1903. Heft 9.

1. **Übertragung der Syphilis auf einen Schimpansen durch Impfung**, von Leredde.

2. **Experimentelle Studien an anthropoiden Affen**, von Roux und Metschnikoff. Während ein Versuch Roux' und Metschnikoffs, bei einem Schimpansen experimentell eine Melanosarkomatose zu erzeugen, fehlschlug, gelang es ihnen, bei einem anderen Schimpansen durch Impfung einen syphilitischen Schanker hervorzurufen. Bei dem Affen zeigte sich am 26. Tage, nachdem er mit syphilitischem Virus geimpft worden war, an der Impfstelle eine kleine, ovale, transparente, von einem rötlichen Hof umgebene Blase, aus der sich in den folgenden Tagen eine typische Initialsklerose entwickelte; zu derselben gesellte sich alsbald auch eine indolente Schwellung der Leistendrüsen der betreffenden Seite. Sekundär-syphilitische Manifestationen stellten sich in den nächsten 20 Tagen nicht ein; doch trat später, wie Leredde in einer Anmerkung mitteilt, ein disseminiertes papulo-squamöses Exanthem und eine starke Schwellung der Achseldrüsen auf.

In den kurzen Bemerkungen, mit denen Leredde die interessante Mitteilung Roux' und Metschnikoffs einleitet, weist er auf die wissenschaftliche Bedeutung des gelungenen Versuches hin und betont zugleich, dafs derselbe als der erste Fall einer sicher konstatierten Übertragung von Syphilis auf einen Affen zu betrachten ist.

3. **Die Dermatomykosen der Kinderköpfe**, von Sabouraud. Kurzgefafste, summarische Darstellung des Favus, des Herpes tonsurans der Kinderköpfe und der Gruby'schen Krankheit. Die Beschreibung der letztgenannten beiden Affektionen bringt nichts Neues. Aus der Beschreibung des Favus ist hervorzuheben, dafs S. den Favus der unbehaarten Teile für ebenso hartnäckig hält wie den Favus des Kopfes; es tritt anscheinend wohl sehr rasch Heilung ein, aber es kommen stets Rezidive. Der Erreger des Favus der Mäuse ist nach dem Ergebnis der Untersuchungen, die S. im Verein mit Bodin anstellte, von dem Erreger des Favus der Menschen vollständig verschieden; eine Übertragung des Favus von Mäusen auf Kinder ist demnach ausgeschlossen. Ein Dritteil sämtlicher Fälle von Favus des behaarten Kopfes verläuft nach S. ohne Bildung von Scutula; man kann bei diesen Fällen drei Formen unterscheiden: den pseudoimpetiginösen, den pityriasiformen und den follikulären Favus.

4. **Der gegenwärtige Stand der Radiotherapie bei den Hautkrankheiten**, von Leredde und L. Pautrier. Der Artikel wird fortgesetzt. *Göts-München.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1903. Heft 4.

Hämatologische Untersuchungen bei einigen Dermatosen, von E. Daccó. In dem vorliegenden Heft werden behandelt: das Ekzem, die Psoriasis, die exfoliative Dermatitis nach Psoriasis, die bullösen Dermatosen. Die Untersuchungen beziehen sich auf den Hämoglobingehalt, die Anzahl der roten, die Anzahl und Varietäten der weifsen Blutkörperchen, die Isotonie, Alkalinität und das spezifische Gewicht der Blutflüssigkeit. Beim Ekzem wurden keine auffallenden Abweichungen von der Norm konstatiert, speziell vermochte Verfasser die von Canon angegebene Eosinophilie nicht als ein konstantes Phänomen nachzuweisen. Anämische Zustände wurden öfters beobachtet, doch lassen sich dieselben mit der Ätiologie der Affektion nicht in Zusammenhang bringen. Bei der Psoriasis wurde in ca. 50% der Fälle ein mehr oder weniger ausgesprochener Grad von Anämie vorgefunden, dieselbe steht aber nicht im Verhältnisse zur Intensität der Eruption. Im Gegensatz zu Tschlenoff und Verotti,

welcher letztere in der Psoriasis den Ausdruck einer Autointoxikation durch Hyperacidität des Blutes hat erblicken wollen, hat der Verfasser normale Alkalinitätsverhältnisse vorgefunden. Bei der exfoliativen Dermatitis nimmt mit der Schwere der Fälle der Hämoglobingehalt des Blutes zu, ebenso die Zahl der weifsen Blutkörperchen. Dieselben Verhältnisse werden natürlich bei den bullösen Dermatosen (Pemphigus, Duhringsche Dermatitis) angetroffen.

Pemphigus und Pemphigoide, von F. Radaeli. (Fortsetzung.) Folgt wieder eine Reihe von Krankengeschichten mit den entsprechenden Blut- und Pustelinhaltsuntersuchungen.

Der Bacillus des Bouba, von Breda und Fiocco. Diese weiteren Untersuchungen des Verfassers über die Framboesia brasiliana beziehen sich auf die drei folgenden Punkte: a) Verhalten des Bacillus gegenüber dem granulomatösen Gewebe beim Menschen; b) direkte Inokulationen von granulomatösem Gewebe vom Menschen auf Tiere und den Menschen; c) Kultur und Biologie des Bacillus des Bouba. Ad a. Innerhalb des granulomatösen Gewebes des Menschen befindet sich der Bacillus sowohl in den oberflächlichen, als in den tiefen Schichten diffus verbreitet, besonders aber in den letzteren, und zwar hauptsächlich in den frischen, progressiven Läsionen. Er ist meist extracellulär und liegt in den Lymphspalten des noch normalen Bindegewebes an der Grenze des Granuloms; besonders kommt er in den Zwischenräumen zwischen den Zellen des Granuloms vor, zuweilen in den Wandungen der Gefäfse und im Lumen dieser letzteren selbst, bei thrombo-phlebitischen Prozessen. Selten wurde er in figurierten Elementen gesehen, und zwar nur, wenn diese letzteren degeneriert und zerfallen waren. Der Bacillus ist meist gerade, hier und da etwas gekrümmt und hat abgerundete Enden. Das Protoplasma nimmt bald ganz gleichmäfsig Anilinfarben auf, bald zeigt es eine zentrale Vakuole, oder aber es erscheint in Gestalt in Serien angeordneter Körnchen, ähnlich wie bei den degenerierten Lepra- und Tuberkelbacillen. In diesem Falle färbt sich der Bacillus auch viel schwerer. Der Bacillus ist 0,3 μ breit und 0,8—2,0 μ lang. Er färbt sich weder nach Gram, noch nach den usuellen Methoden. Am besten sichtbar kann er gemacht werden mit verdünnter Zirhlscher Fuchsinlösung oder 2%igem Essigsäure-Fuchsin. Mineralsäure und verlängerte Einwirkung von Alkohol entfärben ihn. Nach der Unnaschen Methode mit Pyronin und Karbol-Methylgrün wird er ziegelrot gefärbt.

Ad b. Inokulationen führten in keinem Falle zu akuten oder chronischen allgemeinen Infektionen. Dagegen kam es an der Einstichstelle zu lokalen Entzündungsherden, die sich entweder nach einiger Zeit spontan resorbierten oder aber zentral verkästen und nach aufsen aufbrachen. In diesen Käseherden wurde neben anderen Pilzen ein Bacillus gefunden, welcher mit dem oben beschriebenen vollständig übereinstimmte, aber nicht in Reinkultur gezüchtet werden konnte.

Ad c. Am besten entwickelt sich der Bacillus in Glycerin-Mannitagar; die Optimumtemperatur beträgt 37° C. Auch läfst er sich in flüssigem menschlichen Blutserum kultivieren, wobei die Kulturen dasselbe Aussehen haben wie auf Glycerin-Mannitagar. Um lebensfähig erhalten zu bleiben, mufs er von Zeit zu Zeit auf Tiere übertragen werden (Kaninchen). *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Ein Fall von Gonokokkenpneumonie, von Bressel-Duisburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 13.) Bei einem 32jährigen Manne mit subakuter Blennorrhoe traten plötzlich, begleitet von heftigen Kopfschmerzen, Temperatursteigerungen bis über 40° auf, für die während der ersten 5 Tage durch die Untersuchung keine Ursache nachgewiesen werden konnte. Erst am sechsten Tage fanden sich die typischen Zeichen einer Pneumonie des linken Oberlappens. Vom neunten Tage an fiel die Temperatur lytisch ab. Die Pulsfrequenz betrug auch zur Zeit der höchsten Temperatursteigerung nicht über 80; mit dem Fieberabfall ging sie auf 60 zurück. In dem ziemlich reichlichen, zähen, mifsfarbigen Auswurf fanden sich am siebenten Tage der Erkrankung zahlreiche Gonokokken, ebenso wuchsen aus der am vierten Tage entnommenen Blutprobe zahlreiche Reinkulturen von Gonokokken, während sich aus einer am siebenten Tage entnommenen Blutprobe nicht eine einzige Kolonie entwickelte: zu dieser Zeit waren die Kokken anscheinend bereits in den Lungen lokalisiert, während sie in den ersten Tagen noch im Blute kreisten. *Götz-München.*

Blennorrhoische Dakryoadenitis, von Étiévant. (*Lyon méd.* 1903. No. 13.) Die Tränendrüsen werden bekanntlich im Verlaufe der Ophthalmoblennorrhoe nicht infiziert; dagegen sind einige wenige Fälle beschrieben worden, in denen auf metastatischem Wege eine blennorrhoische Dakryoadenitis entstanden ist. Zwei derartige Fälle hat neuerdings É. beobachtet. Der erste Fall betraf einen 22jährigen Mann, der seit drei Jahren an Blennorrhoe litt; bei demselben traten ohne nachweisbare Ursache, begleitet von Temperatursteigerungen bis 38,5°, Schmerzen in der Gegend beider Orbitae, starke Schwellung des rechten Oberlides, leichte Chemosis der Conjunctiva des rechten Bulbus und Schmerzhaftigkeit, Schwellung und Infiltration der Haut in der Gegend der rechten Tränendrüse auf. Das Auge war nach innen rotiert, die Bewegung des Auges nach aufsen erschwert und schmerzhaft. 24 Stunden nach Beginn der Affektion erkrankte auch das linke Auge. Am fünften Tage entleerte sich aus dem rechten Auge eine mäfsige Menge gonokokkenhaltigen Eiters, gleichzeitig liefsen die Schmerzen beträchtlich nach. Am linken Auge gingen die Erscheinungen ohne Eiterung zurück, doch war hier die hypertrophische indurierte Tränendrüse noch längere Zeit deutlich zu fühlen. — Im zweiten Falle handelte es sich um einen seit zwei Monaten an Blennorrhoe erkrankten Mann, bei dem unter plötzlichem Verschwinden des Ausflusses eine ödematöse Schwellung des linken Oberlides und seiner Umgebung und Injektion der Conjunctiva in ihrer äufseren Partie auftrat. Im Bereich des Ödems war die Haut gerötet und druckempfindlich, das Erheben des Oberlides war erschwert; dabei bestanden Kopfschmerzen und leichte Temperatursteigerungen. Die entzündlichen Erscheinungen verschwanden erst nach 25 Tagen. — Eine Vergröfserung der Tränendrüse oder sonst eine Spur der Affektion blieb in keinem der beiden Fälle zurück. *Götz-München.*

Zur Ätiologie und Anatomie der Erosio portionis vaginalis, von Hans Vörner-Leipzig. (*Monatsh. f. Geburtsh. u. Gynäk.* XVII. Ergänzungsheft.) Die Untersuchungen des Verfassers gingen von der Beobachtung aus, dafs blennorrhoekranke Frauen häufig mit Erosio portionis behaftet sind. Er nahm zuerst stets Sekretprüfungen vor, indem er Ausstrichpräparate von der Oberfläche der Erosion machte.

In manchen Fällen fanden sich darin reichlich Gonokokken. In einigen Fällen exzidierte er ein krankhaftes Stück, welches er untersuchte; er fand bei allen Gonokokken in den Gewebsschnitten und beschreibt die histologischen Befunde und den Verlauf der Krankheit. Therapeutisch empfiehlt sich antiblennorrhoische Behandlung, namentlich auch des Cervix und Uterus, um Autoinfektionen zu vermeiden. Der Arbeit liegt eine histologische Abbildung bei. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Pyelitis und Pyelonephritis auf Grund von Blennorrhoe, von Bernhard Marcuse. (*Therap. Monatsh.* Febr. 1903.) Bei der Diagnose der Pyelitis und Pyelonephritis blennorrhoica handelt es sich einmal darum, den Zusammenhang mit der Blennorrhoe nachzuweisen, zweitens darum, die Lokalisation im Nierenbecken nachzuweisen. Der Zusammenhang mit der Blennorrhoe ist entweder durch klinische Beobachtung oder durch den Befund von Gonokokken im Inhalte des Nierenbeckens zu beweisen. Doch ist nur der positive Gonokokkenbefund von Wert, und auch dieser schliefst eine gleichzeitige Tuberkulose nicht aus. Zur Ermittelung der Lokalisation der Erkrankung reichen oft weder die klinischen Symptome noch die Harnuntersuchung aus; meist sind erst die Cystoskopie und der Ureterenkatherismus die endgültig entscheidenden Methoden, die allerdings kontraindiziert sind, solange akute Entzündungserscheinungen in den unteren Harnwegen bestehen. — Die blennorrhoische Infektion von Niere und Nierenbecken kann auf drei Wegen zu stande kommen, durch Übertragung durch das Blut, auf dem Wege der Lymphbahnen (bei Prostataabscessen mit retroperitonealer Phlegmone) und durch aszendierende Ausbreitung an der Innenwand der Ureteren. Bei chronischen Prozessen ist dieser dritte Weg der häufigste. Prädisponiert zur blennorrhoischen Pyelitis sind diejenigen tripperkranken Menschen, bei denen durch allgemeine (konstitutionelle) Ursachen oder durch lokale Veränderungen die den Ureter vor aszendierender Infektion schützenden Einrichtungen und Funktionen geschädigt sind. — Verfasser berichtet kurz über einige Fälle, bei denen die eitrige Erkrankung des Nierenbeckens im subchronischen Stadium durch Ureterenkatheterismus festgestellt und durch Spülungen des Nierenbeckens und Ureters mit Silbernitratlösungen geheilt wurde. Diese lokale Behandlung ist bei akuten Reizerscheinungen oder Entzündungen in den unteren Harnwegen kontraindiziert, ebenso da, wo in einem späteren Stadium der klinische Verlauf auf Eiterung in der Nierensubstanz hinweist. Sie ist überhaupt stets erst als letztes Mittel zu untersuchen, da ältere Beobachtungen von Spontanheilung blennorrhoischer Pyelitis vorliegen, und da namentlich die Behandlung der zugrunde liegenden Cystitis bisweilen Pyelitiden beseitigt. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Ein Fall von blennorrhoischer Gingivitis, von S. Vines. (*Brit. med. Journ.* 21. Febr. 1903.) Verfasser sah am 22. März 1902 einen Patienten, der sich vor einigen Tagen eine Blennorrhoe zugezogen hatte. Die Behandlung bestand in den gewöhnlichen inneren Mitteln und einer schwachen Sublimatlösung zum Einspritzen. Am 16. April stellte sich der Patient mit Salivation und einer starken Stomatitis vor. Das Zahnfleisch war rot, geschwollen, schwammig, und die Zähne gelockert, so dafs es dem Kranken unmöglich war, feste Speisen zu sich zu nehmen. Da für eine merkurielle Stomatitis diesbezügliche an den Patienten gerichtete Fragen keine Anhaltspunkte gaben, so wurde das vom Zahnfleisch abgekratzte Sekret einer mikroskopischen Untersuchung unterworfen. Es fanden sich Gonokokken, so dafs die Natur der Gingivitis nunmehr fest stand. Eine Erklärung für dieselbe wurde in dem Umstande gefunden, dafs Patient, nachdem er zuvor am Gliede mit der Injektion zu schaffen hatte, sich später nach der Mahlzeit für seine Zähne Holzzahnstecher zurechtschnitzte und damit im Zahnfleisch herumstocherte. Der Arzt hatte ihm wohl „Vorsicht für seine Augen, aber nicht für seinen Mund angeraten", meinte der Patient. Bepinse-

lungen mit Höllensteinlösung und Spülungen mit permangansaurer Kaliumlösung führte Heilung herbei. *C. Berliner-Aachen.*

Lymphosarcoma bulbi urethrae von einer blennorrhoischen Striktur ausgehend, von Georg Kapsammer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. No. 10.) An der Stelle einer Urethralstriktur am Bulbus entwickelte sich bei einem 69jährigen Patienten mit rapider Schnelligkeit ein Tumor, der sich mikroskopisch als Lymphosarkom erwies. Einer gut ablaufenden Operation folgt bald ein Rezidiv, das zum Tode führt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Blennorrhoea neonatorum, von A. Rosner-Wien. (*Mediz. Blätt.* 1903. No. 16 u. 17.) R. befürwortet auf das wärmste, den § 22 der österreichischen Hebammenordnung, der nur einen fakultativen Zwang auf die Hebammen ausübt, die Augen der Neugeborenen bei „krankheitserregenden Ausfluſs aus den Genitalien" mit Bor- oder einem anderen Wasser abzuwaschen, dahin abzuändern, daſs die Hebammen verpflichtet werden, den Augen aller Neugeborenen die gleiche Sorgfalt zuzuwenden, indem sie einmal schon während der Geburt darauf bedacht sein sollen, die Augen der Neugeborenen zu schützen, damit keine Unreinlichkeit in dieselben eindringen, andererseits aber verpflichtet sein sollen, die Umgebung der Augen mit 3%igen Borsäure-Wattebäuschchen zu reinigen und in diese selbst einige Tropfen einer 10%igen Protargollösung einzuträufeln, welche letztere den Hebammen durch den Bezirksarzt kostenlos zuzustellen ist. *Putzler-Danzig.*

Zur Frage der Vulvo-vaginitis bei Kindern, von Dukelski. (*Russki Wratsch.* 1903. No. 15 u. 16.) Auf Grund seiner Erfahrungen an der Kiewer Kinderpoliklinik kommt Verfasser unter anderem zu folgenden Schlüssen:

1. Bei der in den Lehrbüchern unter dem Namen „weiſser Fluſs", „Fluor albus", „Leucorrhoea" u. s. w. beschriebenen Erkrankung der Kinder handelt es sich in 80% um eine blennorrhoische Vulvo-vaginitis, welche er spezifisch oder blennorrhoisch infektiöse Vulvo-vaginitis zu nennen vorschlägt (Vulvo-vaginitis infectiosa specifica s. blennorrhoica). Die übrigen 20% betreffen verschiedene Arten von Vulvo-vaginitis, bald von infektiösen, bald nicht infektiösen Charakter, die einen akuten oder chronischen Verlauf haben. Die infektiösen Vulvo-vaginitiden teilt Verfasser in Vulvo-vaginitis infectiosa diplococcica und simplex ein. Sie zeichnen sich durch ihren raschen und guten Verlauf aus. Die nicht infektiösen Vulvo-vaginitiden sind katarrhalischer Natur und sehr langwierig.

2. Meist werden die Kinder von den Müttern infiziert, und kann die Infektion auch schon während der Geburt stattfinden.

3. Eine Entzündung der Bartholinischen Drüsen kommt nur bei den akuten Formen der blennorrhoischen Vulvo-vaginitis vor. *Arth. Jordan-Moskau.*

Die Blennorrhoebehandlung bei der Frau, von Small. (*University of Pennsylv. med. Bulletin.* Mai 1902.) Bringt nichts Neues *C. Müller-Genf.*

Zur Therapie der Blennorrhoe, von Walther Pick. (*Ther. d. Gegenw.* 1903. Verfasser hat bei einer groſsen Zahl vorwiegend ambulatorisch behandelter Patienten mit Blennorrhoe das Albargin (Silbergelatose) angewendet und war mit dem Erfolge sehr zufrieden. Er lieſs dreimal täglich Injektionen von fünf Minuten Dauer vornehmen, anfangs mit 1/4%igen Lösungen, nach einer Woche mit 1/2%igen, nach einer weiteren Woche mit 1%igen. Die Patienten klagten durchweg über leichtes Brennen nach der Einspritzung, aber nur während der ersten zwei bis drei Tage. Unter der 1/4%igen Lösung werden die Gonokokken bald selten oder verschwinden auch vollkommen (im Durchschnitt am achten Tage), ohne daſs sich an der sonstigen Qualität des Sekretes, betreffs Leukocyten, Epithelien und Fibrin, eine wesentliche Änderung zeigte. Unter der 1/2%igen Lösung nimmt der Gehalt an Fibrin und Epithelien im

Sekret zu, wobei sich aber stets noch reichlich Leukocyten finden. Die 1%ige Lösung, die man nur selten nötig hat, wirkt stark adstringierend. Sind die Gonokokken einmal verschwunden, so bleiben sie dauernd fort; man braucht dann nur das Mittel auszusetzen und unter allgemeindiätetischem Verhalten der Schleimhaut Zeit zur Restitutio ad integrum zu lassen, die bei akuter Blennorrhoe nie ausbleibt.

M. Levor-Frankfurt a. M.

Zur internen Behandlung der Blennorrhoe, von Max Reisner-Schöneberg. (*Dtsch. Medizinal-Ztg.* 1903. No. 58.) Verfasser rühmt die gute anästhesierende und sekretionsbeschränkende Wirkung der Gonosankapseln à 0,3 g Inhalt (80% Ol. Santali, 20% Kawaharz), von denen er mit Erfolg acht Stück täglich gab, ohne jede lokale Behandlung und bei entsprechender Diät. Die subjektiven Beschwerden wurden schnell geringer, und die Sekretion verminderte sich in wenigen Tagen erheblich.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die erfolgreiche Behandlung der Blennorrhoe und aller entzündlichen Erkrankungen der Harnröhre durch Ausstopfen mit einem antiseptischen Öltampon, von S. T. Rucker-Chattanooga. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 1902. No. 13.) Mittels eines einfachen Instrumentes stopft Verfasser die Harnröhre mit einem dünnen Gazestreifen aus, der in einer Lösung von Jodoform oder Ichthyol-Resorcin in Perubalsam und Ol. Castorei getränkt ist. Bei Blennorrhoea anterior wird nur die vordere Harnröhre, bei tiefem Sitz des Trippers bis zum Blasenhals ausgestopft. Zuvor wird die Blase völlig entleert und die Harnröhre mit heifser Kaliumpermanganatlösung ausgespült. Einmalige Tamponade täglich genügt meist; der Tampon bleibt solange liegen, als der Patient den Urin zurückhalten kann. In der Zwischenzeit bis zur nächsten Tamponade spritzt Patient mehrmals mit Protargol oder Zinc. sulfo-carbolicum. Bei dieser Behandlung heilen alle Tripper in 10—14 Tagen, Komplikationen gibt es nie! Wielange Verfasser dieses Verfahren schon übt, sagt er nicht, behauptet aber jedenfalls, dafs es nie Strikturen zur Folge hat. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Die Behandlung der Blennorrhoe mit Chinolinwismutrhodanat Edinger (Crurin pro injectione), von Richard Stern-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 12.) Das von Jacobi zur Blennorrhoebehandlung empfohlene Crurin ist vom Verfasser an 50 Patienten nachgeprüft worden, und zwar in der von Jacobi angegebenen Wasser-Glycerinemulsion. Das Urteil lautet: Als gonokokkentötendes Mittel hat das Crurin über alle Erwartung vorzügliche Dienste geleistet, selbst in mit anderen Mitteln vorher erfolglos behandelten Fällen. Über die adstringierende Kraft des Mittels bemerkt Verfasser, dafs über die Hälfte der Fälle mit Crurin allein „innerhalb der dem Tripper eigenen Verlaufszeit von acht Wochen" geheilt wurden, und von diesen wieder die Hälfte verhältnismäfsig früh. Wirksam sind ½—1%ige Emulsionen, sie sind meist völlig reizlos; zur Anwendung stärkerer Emulsionen (Instillationen mit Guyon-Katheter) eignet sich das Mittel nicht, weil die Pulverkörnchen den Katheter leicht verstopfen. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Heilung der Blennorrhoe mit Albargin, von J. B. Malejew. (*Milit.-med. Journ.* St. Petersburg. März 1902.) In 20 Fällen vorher nicht behandelter Blennorrhoe erzielte Verfasser mit Albargin, 0,2:200,0, zweimal täglich injiziert, gute Resultate. Sein Urteil über das Mittel resumiert er folgendermafsen: 1. Albargin reizt nicht die Schleimhaut der Harnröhre. 2. Da Albargin gegen Blennorrhoe hervorragende baktericide Eigenschaften besitzt, wird der Verlauf durch Anwendung desselben verkürzt. Die Behandlung mit Albargin ist wesentlich billiger als mit Protargol, da ersteres schon in sehr verdünnter Lösung energisch wirksam ist. 3. Komplikationen der Blennorrhoe können sich bei der Behandlung mit Albargin ebenso einstellen, wie bei der Behandlung mit anderen Mitteln. *M. Levor-Frankfurt a. M.*

Die Behandlung der Blennorrhoe mit Albargin, von V. Meyer. (*Gazz. Internaz. di Med. Prat.* 1902. No. 24.) Von 43 Fällen akuter Blennorrhoe heilte Verfasser 34 innerhalb zwei bis drei Wochen vollständig und dauernd mit Albargin, fünf wurden wenig beeinflufst, bei den übrigen vier traten nach kurzer Zeit Rückfälle ein, die wiederum mit Albargin und mit leichten Adstringentien bekämpft wurden. Es wurden bei Urethritis posterior des Mannes und bei der Urethritis und Vaginitis des Weibes Lösungen von 0,2—0,5—0,8% dreimal täglich injiziert. Aufserdem wurde einmal täglich die Harnröhre 30 Minuten lang mit 0,2%iger Albarginlösung gespült. Bei Urethritis anterior genügten schwächere Lösungen. — Chronische Tripper wurden 37 mit 0,3—0,5%igem Albargin behandelt. 25 heilten dauernd, fünf wurden mehr oder minder gebessert; die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich sieben bis zehn Wochen. Verfasser hält Albargin für das derzeit beste Mittel gegen Blennorrhoe.

M. Levor-Frankfurt a. M.

Die Pikrinsäure bei der Urethritis blennorrhagica, von F. Re. (*Rif. med.* 1903. No. 17.) Verfasser berichtet über zwölf Fälle von akuter und chronischer Blennorrhoe, die er mit Pikrinsäure in Form von ½—1%igen Lösungen (Wasser und Glycerin ää) oder von Salben (Vaselin und Lanolin ää), letztere mittels der Tommasolischen Spritze appliziert, behandelt hat. Er hebt die vorzüglichen antiseptischen Eigenschaften der Pikrinsäure hervor, welche absolut nicht kaustisch wirkt und so das Eindringen der Lösung bis in die tiefsten Schichten der Epidermis ermöglicht.

C. Müller-Genf.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über metachromatische Färbung des Keratohyalins durch Cresylechtviolett, von Johannes Fick-Kegel. (*Centralbl. f. allg. Pathol.* Bd. XIII. No. 24.) Der Verfasser stellte eingehende Untersuchungen mit dem von Herxheimer 1898 in die Histologie eingeführten Cresylechtviolett an. Das Stratum granulosum erscheint bei Behandlung mit diesem Farbstoff eigentümlich metachromatisch gefärbt, was auf einer metachromatischen Färbung der Keratohyalinkörnchen beruht. Letztere werden von lachsfarben bis violettrot gefärbt. Das Stratum granulosum tritt auf so behandelten Schnitten als ein rotfarbener oder rötlicher Streifen auf. *Hopf-Dresden.*

Über fetthaltige Pigmente, von O. Lubarsch. (*Centralbl. f. allg. Pathol.* Bd. XIII. No. 22.) Verfasser hat das Verhalten des Pigments gegenüber den Fettfarbstoffen geprüft. Es wurden untersucht das Pigment der Herzmuskulatur, der Leber, Niere, Nebenniere bei braunen Atrophien, der Spinalganglien, des Ganglion coeliacum, der Substantia nigra des Gehirns, der Samenbläschen, des Hodens und Nebenhodens, des Corpus luteum ovarii. Alle diese Pigmente gaben die Sudanreaktion, wurden leuchtend rot, wenn auch in verschiedenen Graden. Die Reaktion war um so schwächer, je länger die Stücke mit fettlösenden Mitteln (Alkohol, Anilinöl und Xylol) behandelt waren. Es scheint Verfasser sicher, dafs alle diese Pigmente („Abnutzungspigmente") fetthaltig sind. Alle anderen Pigmente verhielten sich gegenüber der Sudanfärbung ablehnend. — Die genannten fetthaltigen Pigmente sind nicht zu identifizieren mit den Lipochromen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Entwicklung der Haare in der Axilla und der angeborene Defekt der Brustmuskeln, von Moritz Schein. (*Mediz. Blätter.* 1903. No. 11.) Sch., der im Budapester Ärzteverein einen Patienten mit vollständigem Defekt des M. pectoralis major, minor und serratus und gleichzeitigem vollständigen Mangel des Haarwuchses in der Axilla vorstellte, stellt folgendes allgemeine Gesetz des Haarwachstums auf: Das Haarwachstum steht im umgekehrten Verhältnis zum Oberflächenwachstum der

Haut, d. h. Haarwuchs stellt sich dort ein, wo die Haut im Oberflächenwachstum zurückbleibt, und zwar in dem Mafse, als eine Hautpartie im Verhältnis zum umgebenden Hautgebiet im Oberflächenwachstum zurückbleibt. Daher erklärt sich auch die starke Entwicklung der Achselhöhlenbehaarung in der Pubertätszeit; denn je stärker sich die Muskeln, welche die Axilla einschliefsen, entwickeln, und je stärker damit auch die Haut über diesen Muskeln wächst, desto mehr bleibt die Haut in der Grube in ihrem Oberflächenwachstum zurück, und desto stärker entwickelt sich in dieser Gegend das Haarwachstum. Daher fehlt nun auch in dem Scheinschen Fall ebenso wie in einem zur selben Zeit von Lengsfelder (in der *Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 49) veröffentlichten neben dem vollständigen Defekt des M. pectoralis major, minor und serratus resp. nur des M. pectoralis major jede Behaarung in der Axilla. Ähnliche Beobachtungen sind von Schlesinger (drei Fälle) und von Benario (ein Fall) gemacht worden. So genau und übereinstimmend auf Grund dieser Fälle die Behaarung der Achselhöhle zu beurteilen ist, so schwer läfst sich für die Behaarung der Brusthaut ein allgemeingültiges Gesetz aufstellen. Im Scheinschen Falle wuchs die Haut linkerseits, gerade wegen des Defektes, gleichmäfsiger und wurde besser ernährt als rechterseits, dementsprechend ist die Behaarung links um die Brustwarze herum etwas spärlicher als rechts; in anderen Fällen fehlen die Haare auf der kranken Seite vollständig. Ausnahmsweise gibt es aber auch Fälle, wo die Sache umgekehrt ist. Im Scheinschen Falle fehlt nun eigentümlicherweise am Sternum auf der affizierten Seite die Behaarung völlig, während sie auf der gesunden Seite vorhanden ist. Das Fettgewebe ist auf beiden Seiten gleichmäfsig entwickelt. Deshalb, meint Sch., dürfe man weder die Wachstumsunterschiede des Fettgewebes, noch die des Haarwuchses als trophische Störungen betrachten, sondern müsse in jedem Fall von abnormem Haarwuchs die abnormen, lokalen Verhältnisse in Betracht ziehen. Ebensowenig läfst sich, wie Schein an zwei angeführten Fällen beweist, das abnorme Wachstum der Haare bei Nervenleiden auf trophische oder Nerveneinflüsse zurückführen. Deshalb bildet auch das obenerwähnte Verhalten der Achselhaare auf der Seite des Defekts die beste Widerlegung der Hypothese, dafs die Achselhaare sich zu dem Zweck entwickelten, um die Reibung der Haut zwischen Brust und Oberarm zu mildern und den Schweifs fernzuhalten. Denn die Ursachen des Haarwachstums sind andere als die Funktion der fertigen Behaarung; der Haarwuchs kann niemals einer späteren Funktion zuliebe vor sich gehen. Wenn dagegen die Behaarung der Achselhöhle mit dem Wachstum der umgebenden Muskulatur und der Achselgrubenhaut in Zusammenhang gebracht wird, so erklärt sich leicht der Mangel an Haarwachstum bei Kindern und die minder starke Behaarung der Achselhöhle bei Frauen als bei Männern. Indessen kommen auch Fälle vor, wo bei normaler Entwicklung der Brust- und Rückenmuskeln die Haare in der Achselgrube fehlen. Der Grund mag vielleicht der sein, dafs die Lanugohaare an verschiedenen Stellen sich verschieden stark entwickeln, dafs ihre Wachstumsenergie verschieden ist an verschiedenen Stellen; so fehlen z. B. einem Patienten die Haare in der Axilla und der Schnurrbart, während die Schamhaare normal entwickelt sind. Der Muskeldefekt ist hier als Angeber zu betrachten, die Funktionen sind auf der Seite des Defekts gegen die normale Seite nur abgeschwächt. Es folgt zum Schlufs die ausführliche Krankengeschichte. *Putsler-Dansig.*

Die Haut ein Resorptionsorgan, von B. Rhoden-Lippspringe. (*Medis. Blätter.* 1903. No. 19.) Verfasser empfiehlt das Dermosapol, eine ätherisch-ölig-fettige, desodorierte Komposition von emulgiertem Lebertran, Wollfett, Perubalsam und Alkalien, als das leichtest resorbierbare Vehikel resp. Salbengrundlage zur Einführung von arzneilichen Substanzen in die Haut und somit auch in den Körper. R. empfiehlt das 5%ige Jodkaliumperuol-Dermosapol zur Einreibung bei skrofulösen Prozessen und ist

von der zuverlässigen Wirkung desselben als Unterstützungskur bei der Behandlung der Tuberkulose überzeugt, wo es sich nicht um zu vorgeschrittene Fälle handelt; aber auch bei dekrepiden Individuen erweist es sich zur unterstützenden Therapie sehr nützlich. Von anderer Seite ist auf die günstige Wirkung des 5%igen Jodkaliumperuol-Dermosapol bei Knochentuberkulose hingewiesen worden. Bei Psoriasis soll sich 10%iges Lysoform- oder Formalin-Dermosapol zu Einreibungen und Verbänden bewähren. Das vom Verfasser angegebene Ichthyol-Salicyl (Marke Valenta)-Dermosapol (10%ig) hat bei Psoriasis, Ekzemen, Lupus, Akne vielfach Eingang gefunden; auch bei Exsudaten soll es günstig wirken. Ebenso hat das 33⅓%ige Hg-Dermosapol in Kapseln bei Syphilis sehr gute Dienste geleistet. Die mit Dermosapol eingeriebenen Medikamente können bereits nach kurzer Zeit im Harn und Sputum von Lungenkranken nachgewiesen werden, ein Beweis, dafs dieselben im Lymph- und Blutstrom durch die Haut eingedrungen sind. *Putzler-Danzig.*

Bakteriologie.

Zur Kultivierung des Mikrosporon furfur und des Mikrosporon minutissimum, von Hans Voerner. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXXII. No. 5.) Die pathogenen Hyphomyceten bedürfen zu ihrer Entwicklung einer gewissen Menge tierischen oder pflanzlichen Eiweifses. Am anspruchslosesten sind Achorion Schönleinii und Trichophyton. Das Mikrosporon furfur wächst vorzüglich auf flüssigem, sterilem Blutserum mit Zusatz von Wasseragar, ebenso das Mikrosporon minutissimum. Die der gründlich mit Wasser, Seife, Ätheralkohol gereinigten Haut entnommenen Schuppen wurden nach Real mit sterilem Kieselguhr (Kieselsäure? D. Ref.) verrieben; von diesem Material wurden Plattenkulturen angelegt, die um so besser gediehen, je frischer das Schuppenmateriel war. Die erste Entwicklung zeigt sich bei Zimmertemperatur in drei bis sechs Tagen, im Brutschrank in zwei Tagen. Wo viele Saprophyten aufgehen, müssen die Mycelien schnell weiter abgeimpft werden. — Mit der Kultur lassen sich die Krankheiten (Pityriasis versicolor, Erythrasma) durch Impfung erzeugen. Warme Temperatur scheint dafür Bedingung zu sein. Im Herbst ausgeführte Impfungen führten erst im folgenden Sommer zu deutlichen Veränderungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Züchtung von Gonokokken auf „Thalmann-Agar", von S. H. Brongersma und Th. H. Van de Velde. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXXIII. No. 4.) Nach Thalmann lassen sich Gonokokken auf Fleischwasseragar und Bouillon leicht züchten, wenn der Nährboden nur eine bestimmte, saure Reaktion zeigt. Als Indikator darf nur das Phenolpthalein benutzt werden. Verfasser können die Angaben vollauf bestätigen und empfehlen die Impfung in Röhrchen mit schrägem Thalmann-Agar für die Praxis. Schon nach 24 Stunden sieht man deutliche Kulturen. So gelingt es oft, Gonokokken nachzuweisen, wo mikroskopisch keine zu finden sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über das hämolytische Vermögen des Gonococcus, von Mosca. (*Giornale intern. delle Science med.* 1903. No. 8.) Verfasser hat gefunden, dafs dasselbe ein ganz deutliches ist für Kaninchen- und Meerschweinchenblut; mit dem Blute des Menschen sind aber seine Untersuchungen vollständig negativ ausgefallen.

C. Müller-Genf.

Zur Gonokokkenfärbung, von Arthur v. Wahl. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXXIII. No. 3.) Verfasser verwendet zur Gonokokkenfärbung folgende Mischung:

Concentr. alkohol. Auraminlösung	2,0
Spiritus (95%igen)	1,5
Concentr. alkohol. Thioninlösung	2,0
Concentr. wässerige Methylgrünlösung	3,0
Wasser	6,0

Diese Lösung ist haltbar, färbt schnell, selbst in dicksten Schichten, so dafs ein dünnes Ausscheiden des Sekretes nicht nötig ist. Der Grundton des Präparates wird hellgrün, die Gonokokken sind rotviolett bis schwarz. Die Kerne der Leukocyten werden blafsbläulichgrün bis ausgesprochen hellgrün; das Plasma ist farblos, hellgelb oder hellgrün. Die Epithelien sind gelblichgrün, nur einzelne runde Zellen (Mastzellen) nehmen mitunter eine blafslila Farbe an. Andere Urethralbakterien werden meistens sehr schwach oder gar nicht gefärbt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über eine neue Methode der Gonokokkenfärbung, von Alexander Bernstein. (*Gaseta lekarska.* 1903. No. 15.) Verfasser beschreibt in einer kurzen, vorläufigen Mitteilung folgende Vorteile der Gonokokkenfärbung mit der von Wahlschen Lösung (ges. alkohol. Auraminlösung 2,0, Alkohol [95%iger] 1,5, ges. alhohol. Thioninlösung 2,0, ges. Methylengrünlösung 3,0, Aq. dest. 6,0): 1. Die dunkel gefärbten Gonokokken heben sich von der hellen Unterlage deutlich ab, 2. andere Bakterien und Kokken werden entweder gar nicht oder viel weniger intensiv gefärbt, und 3. die Färbung dauert nicht länger als 10—15 Sekunden, die Untersuchung des Präparates 5—10 Minuten. *Leo Feuerstein-Bad Hall.*

Über eine neue Sarcina, die im Eiter gonokkenähnliche Degenerationsformen zeigt, von J. Nagano. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXXII. No. 5.) Aus einem Ovarialabscefs züchtete Verfasser eine Sarcine, die gonokokkenähnliche Degenerationsformen gibt. Der Unterschied gegenüber den Gonokokken ist, dafs letztere nicht auf gewöhnlichen Nährsubstraten wachsen und niemals richtige Sarcineform zeigen. Die Entfärbung bei Anwendung der Gramschen Methode ist beiden Mikroorganismen gemeinsam. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Hygiene.

Geschlechtskrankheiten und Prostitution, von Jordan-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 23.) Im Anschlufs an die Diskussion, die auf dem Kongrefs zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Frankfurt a. M. über die Prostitutionsfrage geführt wurde, spricht sich J. mit Entschiedenheit für die Reglementierung und Kasernierung der Prostitution als das kleinere Übel aus. Bei dieser Gelegenheit betont J., dafs die Popularisierung medizinischer Fragen auch ihre gefährlichen Seiten hat (was in der letzten Zeit vielfach vergessen worden ist. Ref.), und schliefslich spricht er den dringenden Wunsch aus (den sehr viele mit ihm teilen. Ref.), dafs die Belehrung über sexuelle Fragen, Erkrankungen u. s. w. einen gewissen vertraulichen Charakter bewahren, und dafs die öffentliche Diskussion über diese Gegenstände nach Möglichkeit vermieden werden solle. *Göts-München.*

Zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten, von Ernst J. Feites. (*Die Krankenpflege.* Bd. II. No. 6.) Nach Besprechung der allgemeinen Prophylaxe wendet sich Verfasser der individuellen zu. Von den gegen Tripperinfektion empfohlenen Apparaten ist zu empfehlen das „Prophylaktol" von Frank. Ein mit 20%igem Protargolglycerin, dem Sublimat (1 : 2000) zugesetzt ist, gefülltes kleines Röhrchen wird jedesmal in die Harnröhre entleert. Zu bedenken ist dabei die geringe Haltbarkeit starker Protargollösungen. Ob die gelatinöse Protargolmasse, wie sie im „Viro" verwendet

wird, sich besser hält, muſs abgewartet werden. Zu beachten ist, daſs Protargol Flecke in der Wäsche hinterläſst, die sich, wenn sie älter sind, nur durch Ammoniumpersulfat oder Wasserstoffsuperoxyd und Ammoniak entfernen lassen. — Zur Verhütung der Syphilisinfektion ist das Einfetten empfohlen; im „Viro“ wird dazu ein 1%iges Formalinseifencrême beigegeben. — In der Weeberschen Hirschapotheke zu Aachen wird ein Prophylaktikum unter dem Namen „Protektor“ hergestellt, welches aus salicylsaurem Quecksilber in schleimiger Lösung besteht. Durch Kulturversuche und Impfversuche an Menschen wurde die Wirksamkeit des Protektor gegen Tripper und Ulcus molle festgestellt. Inwieweit es gegen Syphilis schützt, muſs die Praxis lehren. — Die klare, gallertartige Masse kommt in Tuben in den Handel. — Man soll nun so vorgehen: Vor dem Coitus werden einige Tropfen in das Glied eingerieben. Nach dem Coitus Waschung, einige Tropfen einreiben und in die Harnröhre eindrücken. Eine viertel bis eine halbe Stunde später wird uriniert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten bei Männern, von S. Behrmann. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1903. No. 34.) An anderer Stelle hat Verfasser bereits empfohlen, prophylaktisch eine Inunktion von Ung. ciner. an den Genitalien des Mannes nach dem Coitus vorzunehmen. Das soll Blennorrhoe, Ulcus molle und Lues verhüten. Ob dieser Vorschlag zum Ziele führt, steht wohl noch nicht so fest, wie Verfasser meint. Der Beweis, daſs Ung. ciner. den Syphiliserreger vernichtet, wäre noch zu erbringen. Füglich staunen muſs man aber, wenn Verfasser in allem Ernste verlangt, daſs diese prophylaktische Inunktion en miniature nur vom Arzte gemacht werden soll. Also nach dem suspekten Coitus soll jeder sofort zum Arzt laufen, sich mit Ung. ciner. seine Genitalien massieren lassen. Oder er müſste sich vielleicht gar gleich einen Arzt mitnehmen, der nach Vollendung des Aktes sofort mit der Massage zur Hand ist. Da muſs man wirklich sagen: difficile est satiram non scribere. — Si tacuisses! *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Beitrag zur sozialen Fürsorge für Geschlechtskranke, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. No. 39.) S. empfiehlt Arbeitssanatorien für arbeitsfähige Syphilitische, in denen die Kranken bei sachgemäſser Behandlung arbeiten können. Ein Teil der Kosten müſste von den Kranken selbst, der andere von den hierzu verpflichteten Krankenkassen, Gemeinden und sonstigen Behörden aufgebracht werden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Vorlesungen über die Zustände, welche Hautentzündungen verändern und deren Behandlung beeinflussen können, von H. R. Crocker-London. (*Brit. med. Journ.* 21. Febr. 1903.) Der Verfasser zeigt an Beispielen, wie einfache Hautentzündungen, die Dermatitis, das Ekzem, unter dem Einflusse von Irritantien, und je nach der Stärke derselben, ihren Charakter verändern und ein anderes Krankheitsbild annehmen können, wie durch sekundäre Infektion mit Eiterkokken, dem Staphylococcus pyogenes aureus, ein vesikulöses in ein pustulöses Ekzem, und die Seborrhoe beispielsweise in die verschiedenen von Sabouraud so benannten „Seborrhoeides“ übergeht zu denen er die Acne varioliformis, die chronische Nackenfurunkulose, die Sykosis, die Dermatitis papillaris u. a. rechnet.

In seiner zweiten Vorlesung (ibid. 7. März 1903) über dasselbe Thema erörtert Verfasser den persönlichen Einfluſs, den das Alter, das Geschlecht, die Heredität, die individuelle Empfänglichkeit und Disposition auf gewisse Hautentzündungen ausüben,

ferner den Einfluſs der Toxinabsorption, namentlich vom Darmkanal aus, des Nervensystems, der Jahreszeiten, der Medikamente und der Gicht.

In einem Schlufsartikel (ibid. 21. März 1903) spricht Verfasser über den Einfluſs der Behandlung, sei es der internen wie der externen, auf die verschiedenen Formen der Dermatitis.

Das Resumé der Betrachtungen ist folgendes:

1. Ein groſser Teil der entzündlichen Hautkrankheiten ist gemischten Ursprungs.

2. Es können an der Entstehung und dem weiteren Verlaufe ein oder mehrere verschiedene Mikroorganismen beteiligt sein.

3. Je nach der Kombination dieser ursächlichen Faktoren können verschiedene Formen der Dermatitis zu stande kommen. Ja, ein und derselbe Mikroorganismus vermag, je nach der Beschaffenheit des Nährbodens, die ihm die Haut bietet, das gewöhnliche Krankheitsbild zu modifizieren.

4. Der Nährboden der Haut kann wiederum durch das Alter, durch die Lebensverhältnisse, durch Heredität beeinfluſst werden.

5. Toxine und Ptomaine des Darmkanals können mancherlei Ausschläge hervorrufen. Viele, die auf Gicht zurückgeführt werden, sind toxischen Ursprunges und einem Intestinalkatarrh zuzuschreiben.

6. Viele dieser Toxine wirken mehr indirekt durch die zentralen oder peripheren Vasomotoren, als direkt auf die Haut, obwohl auch das letztere möglich ist.

7. Das Nervensystem übt auf die Intensität und die Verteilung eines Ausschlages, nicht aber auf seine Beschaffenheit, einen Einfluſs aus.

8. Dieselbe Ursache kann bei verschiedenen Individuen verschiedene Ausschläge provozieren. Rezidive zeigen bei demselben Individuum eine auffallende Konstanz in den charakteristischen Merkmalen in der Lokalisation des Ausschlages.

9. Viele allgemeine Ausschläge zeigen im Beginn einen lokalen Charakter und werden erst unter gewissen schädlichen Einflüssen universell. Deshalb ist eine frühzeitige sachgemäſse Behandlung des noch lokalisierten Herdes von Wichtigkeit.

10. Die Behandlung von parasitären Hautkrankheiten mit parasiticiden Mitteln darf nie die Haut zu stark reizen, weil sonst der Boden für neue Infektion mit Mikrobien geebnet wird. Bei ausgedehnten Formen der Dermatitis sind Ruhe und gleichmäſsige Temperatur oft die wesentlichsten Bedingungen für die Heilung.

C. Berliner-Aachen.

Zur Behandlung der Hautanomalien als Ausdruck von Organstörungen, von Karl Ullmann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. No. 3.) Die ausführlichen Darlegungen des Verfassers zeigen, wie häufig und wie wichtig der Zusammenhang von Dermatosen mit inneren Vorgängen ist; sie führen aber leider uns auch deutlich vor Augen, wie wenig erforscht das Gebiet ist. Was wir wissen, wird an vielen Beispielen erläutert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über chronische Dystrophien und Trophoneurosen der Haut im Anschluſs an kasuistische Mitteilungen, von Franz Volhard-Gieſsen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 26 und 27.) V. schildert ganz kurz einen Fall von Lymphangiom des rechten Oberschenkels, das in seinem oberen diffusen Teile einen kavernösen Eindruck macht, in seinem unteren Teile dagegen aus zahlreichen Lymphvaricen, Lymphangiektasien, besteht. Weiterhin beschreibt V. ausführlich einen Fall von Hemiatrophia facialis progressiva bei einem 17jährigen Mann, der aufserdem noch eine ganz eigenartige, wappenartig gefelderte Pigmentierung des Rumpfes aufweist; es sind nämlich die linke Brust- und die rechte Bauchseite, der linke Arm und das rechte Bein dunkelbraun pigmentiert, die rechte Brust- und die linke Bauchseite, der rechte Arm und das linke Bein zeigen normale Hautfarbe. Die Pigmentierung schneidet vorn am

Rumpf genau in der Mittellinie ab, am Rücken ist die Trennung nicht so scharf und die Pigmentierung nicht so ausgesprochen gekreuzt. Mit der Schilderung eines Falles von infantilem Myxödem, der durch Verabreichung von Schilddrüsentabletten geheilt wurde, und eines Falles von diffuser Sklerodermie mit Sklerodaktylie schliefst V. seine kasuistischen Mitteilungen, um sich im Anschluſs an dieselben eingehend über die Pathogenese der Hemiatrophia facialis progressiva und der Sklerodermie zu äufsern. Im Gegensatz zu Moebius hält er es für wahrscheinlich, daſs beide Affektionen, die zweifellos nahe Beziehungen zu einander haben, als Trophoneurosen aufzufassen sind. Die Hemiatrophien können seiner Meinung nach sowohl durch eine periphere als auch durch eine zentrale Erkrankung der trophischen Nerven des Gesichts, also des Trigeminus, verursacht sein; der hier beschriebene Fall ist wahrscheinlich durch eine zentrale Läsion bedingt. Die gekreuzte Pigmentierung bei dem Kranken erklärt sich V. aus einer Schädigung der cerebrospinalen Sympathikusfasern, die gerade in der Gegend der Kreuzung derselben die schon gekreuzten Fasern der unteren Körperhälfte und die gröfstenteils noch ungekreuzten der oberen betroffen haben muſs. — V. bespricht weiterhin die verschiedenen Theorien, die über die Pathogenese der Sklerodermie aufgestellt worden sind, und kommt dann auf das Wesen des Myxödem, des Morbus Basedowi, der Addisonschen Krankheit und der Akromegalie und im Zusammenhange damit auf die Funktionen der Schilddrüse, der Nebennieren und der Hypophysis zu sprechen. In der Sklerodermie sieht V. das Gegenstück zur Akromegalie, und zwar nicht nur bezüglich der Symptome, sondern auch der Ursache; während die Akromegalie durch eine Funktionssteigerung der Hypophysis bedingt sein muſs, ist nach seiner Vorstellung die Sklerodermie durch einen Funktionsausfall, eine Minderleistung der Hypophysis in ihren vasomotorischen und trophoneurotischen Einflüssen, verursacht. *Götz-München.*

Das Verhalten der Nägel bei Krankheiten des Gesamtorganismus, von Julius Heller. (*Wien. klin. Rundsch.* 1903. No. 28.) Im Tierreiche stehen die Horngebilde in Beziehung zum Gesamtorganismus. Bei Kühen tritt nach der Geburt eines Kalbes ein Ring an der Wurzel beider Hörner auf. Bei Schafen entstehen in der Wolle soviel Abteilungen, als man im Winter das Futter gewechselt hat. Die Federn der Vögel wachsen nach einem harten Winter schlecht. Die Haare neugeborener Kälber sind mangelhaft entwickelt, wenn die Kühe während der Trächtigkeit schlechte Nahrung gehabt haben. Bei Pferden entstehen an den Hufen nach schweren Krankheiten Ringe. — Die menschlichen Nägel verändern sich mit dem Alter. Während eines längeren Fieberzustandes ruht die Nagelproduktion; nach eingetretener Heilung macht sich diese trophische Störung durch eine quer über den Nagel laufende Linie bemerkbar, „Beausche Linie". Diese ist verschieden tief und breit. Die Linie rückt von der Nagelwurzel allmählich nach dem Nagelrande vor. Da der Nagel täglich um 0,1 mm wächst, kann man aus dem Sitz der Linie auf die Zeit der Erkrankung schliefsen. Dieser Querfurchen finden sich mehrere, wenn die Krankheit in mehreren Anfällen sich abspielte. — Ebenso wie fieberhafte Krankheiten wirken Verletzungen, Perioden geistiger Überanstrengung, Geisteskrankheiten, schroffe Änderungen in der Ernährung, z. B. Übergang zum Vegetarismus. — Bei Fraktur einer Extremität tritt eine Verlangsamung des Wachstums der entsprechenden Nägel ein. — Zwischen der relativen Breite der Nägel und der Gröfse der Rhachitis bestehen bestimmte Beziehungen. — Skorbut bedingt subunguale Blutungen, Malariafröste gehen mit einer blafsgrauen, schieferähnlichen Färbung der Nägel einher. Chlorose und Anämie sind die Ursache schneeweifser Nägel, die aufserdem auffallend weich sind. — Cyanose der Nägel bedingen Herzleiden. Der Kapillarspalt der Nägel tritt besonders bei Aorteninsufficienz ein; er kann onychographisch festgestellt werden. — Wo Stauung an den Nägeln vorhanden

ist, gibt es Cyanose und Schwellung; diese bewirkt eine Wachstumsänderung der Nägel, welche volarwärts gekrümmt werden. Dieser „Doigt hippocratique" entsteht bei Lungentuberkulose, Empyem, allen möglichen Respirationshindernissen. Sehr hochgradige Behinderungen im Kreislauf bewirken die „Trommelschlägelfinger" (doigt spatulés); die kolbigen Phalangen tragen stets Nägel mit hippokratischer Krümmung. — Wo die Zirkulationsstörungen einseitige sind, ist die Nagelanomalie auch einseitig Gangränöse Prozesse, Wachstumsveränderungen mit Bildung von Querfurchen können bei Thrombose, Embolie entstehen.

Beim Diabetes kommt nicht zu selten Abfall der Nägel vor; die begleitende Arteriosklerose kann Gangrän bewirken. — Gicht und Rheumatismus beeinflussen die Nagelmatrix; die Nägel werden höckrig, brüchig, lösen sich unter Produktion von subungualem Horngewebe ab. Eine Ablagerung harnsaurer Salze unter den Nägeln kann stattfinden.

Auffallend ist die weifse Färbung der Nägel bei sonst stark ausgebildetem Morbus Addisonii; dahingegen sind bei Argyrie die Nägel graubraun.

Grofsen Einfluſs hat das Nervensystem auf die Nägel. Verletzung grofser Nervenstämme kann einerseits alle Arten von Nagelatrophie im Gefolge haben, andererseits auch Hypertrophie des Nagels (Onychognyphosis) hervorrufen. Neuritis, Morvansche Krankheit, Erythromelalgie bieten oft Nagelveränderungen; ebenso Tabes, Syringomyelie (seltener Polimyelitis anterior und multiple Sklerose). Auch Psychosen führen zu Nagelerkrankungen, besonders die Dementia paralytica. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Veränderungen der Nägel im Verlaufe von Allgemeinerkrankungen. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 33.) Der Artikel bringt nichts Neues. *Götz München.*

Die bei Morbus Basedowii vorkommenden Dermatosen, von T. N. Hyde und E. L. McEwen - Chicago. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Juni 1903.) Verfasser berichten über folgende Fälle:

I. Eine 57jährige, verheiratete, sehr wohlhabende Dame bot im Gesicht nebst einer fortwährenden krankhaften Schweifssekretion einige zwanzig erbsengrofse, prall gespannte, flach erhabene Vesikeln dar, welche genau der von Robinson gegebenen Schilderung des bei Wäscherinnen mehrfach beobachteten Hidrocystoms entsprachen. Die Schilddrüse hatte die Gröfse einer kleinen Apfelsine; Exophthalmus war sehr ausgesprochen, der Puls 110 per Minute, voll und weich; es bestand hochgradige nervöse Erschöpfung.

II. Eine 24jährige Lehrerin mit ganz deutlich ausgesprochenem Morbus Basedowii zeigte seit zwei Jahren eine allmählich zunehmende Rötung an der Stirn, Telangiektasen mit Ablagerungen von braunem Pigment, namentlich auf den Stirnbeinwölbungen, den Jochbeinen und auch am Halse.

III. Eine 42jährige Frau mit intensivem Pruritus von dreijährigem Bestande. Die Basedowschen Symptome waren zwei Jahre früher konstatiert worden.

IV. Fall von Pruritus und angioneurotischem Ödem bei einer 49jährigen Witwe, Die Beschwerden waren sehr hochgradig, mit Riesenquaddeln an verschiedenen Stellen. Das Ergebnis der Behandlung war sehr gut, auch beim Grundleiden.

Von anderen cutanen Erscheinungen, welche bei der Glotzaugenkrankheit erwähnt werden, sind am häufigsten in der Literatur verzeichnet: Hyperidrosis, ferner Pigmentveränderungen und Myxödem, einfaches Ödem der Haut, Sklerodermie, Alopecie, Vitiligo, Telangiektasien, Purpura, Erythema und Urticaria. Inwieweit ein direkter oder indirekter Zusammenhang dabei besteht, läfst sich natürlich nicht völlig entscheiden. Auf die Ausführungen der Verfasser hier einzugehen, würde zu weit führen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über das Vorkommen und die Bedeutung der cutanen Hyperalgie bei Appendicitis, von J. Sherren-London. (*Lancet.* 19. Sept. 1903.) Diese Erscheinung wird zwar von den Chirurgen und von internen Klinikern am häufigsten beobachtet, hat aber auch für den Dermatologen ein gewisses Interesse. Von Head ist darauf hingewiesen, dafs bei Erkrankungen des Wurmfortsatzes häufig ein ca. 3 Zoll breiter Streifen, der von den Lendenwirbeln bis auf die Bauchdecken schräg nach unten vorne bis in die Mittellinie sich erstreckt, eine ganz ausgesprochene oberflächliche Hyperalgesie aufweist. Sherren hat nun gefunden, dafs weit häufiger das hyperästhetische Gebiet eine dreieckige Form hat, mit der einen Spitze ein wenig über die Spina anterior superior hinausragt, nach unten mit der Basis fast bis ans Poupartsche Band reicht und mit der anderen Seite etwa zwei Drittel des Zwischenraumes zwischen Symphyse und Nabel einnimmt. Die Reizbarkeit ist durch abnorme Spannung im Viscus bedingt und verschwindet prompt, wie an einer Reihe von Krankengeschichten dargelegt wird, wenn eine Perforation eintritt oder sonst die Spannung nachläfst.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Ätiologie epithelialer Geschwülste. I. Epithelperlen in den Zungenpapillen des Menschen. II. Eine experimentell erzeugte Geschwulst der Rattenvallata, von Hermann Stahr. (*Centralbl. f. allg. Pathol.* Bd. XIV. No. 1.) Schaffer hat solide Epithelzapfen in den Papillis vallatis beschrieben. Bei einem achtjährigen Knaben hatte ein solcher Epithelzapfen reichliche Sprossenbildung, isolierte Zellnester und typische konzentrische Körper (i. e. Epithelperlen). Verfasser hat an der Vallata der Ratten einen Tumor gefunden und weist darauf hin, wie eine solche Epithelperle den Ausgangspunkt von Geschwülsten bilden kann. — Er konnte feststellen, dafs man bei der zahmen Ratte an dieser Stelle mit Sicherheit durch Haferfütterung, wobei feine Haferhaare in der Zunge stecken bleiben, ein Epithelioma papillare erzeugen kann, was auf die Genese der Tumoren ein Licht wirft.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über toxische und autotoxische Dermatosen, von S. Ehrmann-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1903. No. 11.) E. weist im Eingang seines im Wiener medizinischen Doktorenkollegium gehaltenen Vortrages darauf hin, dafs die alte Humoralpathologie insofern auch heute noch ihre Berechtigung habe, als es sicher sei, dafs eine Reihe von Ekzemen und anderen Hautkrankheiten nicht allein durch äufsere Einwirkung von chemischen und physikalischen Agentien entständen, sondern dafs diese Agentien auch von innen her von der Blut- und Säftemasse aus ebenso oder analog auf die Haut wirken könnten. Zu dieser Erkenntnis ist man aber erst auf dem Umwege über die Nervenphysiologie gekommen. Man konnte beobachten, dafs durch Reizung eines Nerven Hyperämie, durch Reizung eines anderen Anämie entstand, und das beides auf äufsere Reize hin, die erst in zentrifugaler Richtung zu den vasomotorischen und dann in zentrifugaler Richtung zu den Gefäfsen reflektiert werden, und man war geneigt, diese Einwirkungen auch bei den pathologischen, bei den toxischen Ursachen anzunehmen und sich vorzustellen, dafs, wenn jemand nach Chinin oder Copaivbalsam ein Erythem bekommt, dies nicht eine Einwirkung auf die periphere Blutbahn oder das Hautorgan, sondern eine Einwirkung zunächst auf die vasomotorischen Zentren und von diesen aus auf die Blutgefäfse stattfinden. Ähnliches hat man bei äufseren Einwirkungen angenommen, so bei Ekzemen nach Anwendung von Crotonöl, Terpentin, Quecksilber. Erst als man erkannte, dafs der Zellkern das Generations- und Vermehrungsorgan der Zelle sei, welches von Reizen aller Art und ihren Produkten, den Toxinen, getroffen, zur Proliferation angeregt wird, konnte man bei der Erklärung von gewissen Dermatosen den Umweg über das Nervensystem entbehren. Auf diese Weise erklärt sich das Zustandekommen des Ekzema mercuriale mit dem um dasselbe

herum sich entwickelnden Erythema mercuriale sowohl nach Einreibungen mit grauer Salbe, sowie nach subcutanen Sublimatinjektionen, sowie auch nach innerlicher Verabreichung von Kalomel und der Einwirkung des Hg direkt auf die Epithelzellen. Ähnlich verhält es sich mit Terpentin; es entsteht bei äufserer Terpentineinreibung ein Erythem in der Umgebung des Ekzems, gerade so, wie bei innerlicher Terpentinverabreichung oder der Inhalation ein Erythem entsteht. Ein gegensätzliches Verhalten zeigt Antipyrin. Patienten, welche Antipyrinsalben nicht vertragen und Ekzeme bekommen, bekommen gerade an den Stellen, an welchen Ekzem bei äufserer Anwendung aufgetreten war, ein Exanthem nach innerer Darreichung von Antipyrin. Es entstehen jedoch auch sog. autotoxische Erytheme, die den fixen Antipyrinerythemen sehr ähnlich sind, ohne nachweisbare Ursache, wie Verfasser mehrfach zu beobachten Gelegenheit hatte. Bei Frauen traten diese Erytheme häufig zur Zeit der Menstruation auf; bei Männern war keine Ursache nachzuweisen. Bekamen nun diese Patienten Antipyrin, so traten dieselben Ausschläge danach an den früher einmal betroffenen Stellen auf. Wenn also für die chemischen oder für die einfach medikamentösen Gifte die direkte Einwirkung auf die Zelle der Haut oder vom Blutgefäfssystem aus genügt, so mufs man für diese Fälle in der grofsen Mehrzahl doch eine Reizung des Nervensystems, eine Reizung der vasomotorischen Zentren annehmen, welche dann erst das Erythem erzeugt. Diese Anschauung kann man nun auch mit voller Berechtigung auf die autotoxischen Erytheme übertragen und auf solche toxischen Erytheme, welche durch uns unbekannte Agentien entstehen; zu den letzteren gehören die Erytheme nach Tuberkulininjektionen, nach Injektion von Diphtherieserum, die Erytheme, welche entstehen, wenn man Normalserum der einen Tierart einer anderen injiziert. Zu den autotoxischen Erythemen gehört vor allem der Pruritus, der nach Verfassers Meinung nie ohne Behandlung des Darmes resp. der bestehenden Darmatonie heilt; ferner gehört dazu der Dermographismus, bei welchem meist im Harn die Produkte gesteigerter Fäulnis nachgewiesen wurden. Ferner sind hierher zu rechnen das Erythema nodosum, auftretend nach Bubonen und mit der Eröffnung derselben verschwindend, und dasselbe Exanthem im Gefolge von Abscessen der Tonsillen oder phlegmonösen Abscessen des weichen Gaumens, endlich das rezidivierende Erythema nodosum bei chronischer Eiterung im Nasenrachenraum; endlich auch die allgemeinen Erytheme bei Hysterischen, diejenigen nach dem Genufs von verdorbener Efsware. Unbeobachtet war bisher der Zusammenhang der Sklerodermie mit Erythemen, Beobachtungen, die ergeben, dafs in einer grofsen Anzahl von Fällen die Sklerodermie der Ausdruck einer Autointoxikation ist. Aus alledem ergibt sich, dafs man diese Ekzeme und Erytheme nicht nur durch dermato-therapeutische Mittel behandeln, sondern auch durch interne, diabetische bezw. chirurgische Medikation. Zum Schlufs erwähnt Verfasser das Vorkommen von Arsenkeratosen und Joderythemen als Intoxikationserscheinungen infolge von Arsen- und Jodmedikation.

Putzler Danzig.

Über die unmittelbare und Dauerwirkung der Licht- und Wärmestrahlung auf die Hauttemperatur, von Ernst Sommer-Winterthur. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. No. 40.) S. machte seine Untersuchungen an der hydrotherapeutischen Anstalt der Universität Berlin (Prof. A. Brieger), woselbst auch ein Herzscher Apparat vorhanden war, der vermöge seiner genialen, einfachen Einrichtung gestattet, die Hauttemperaturen zu messen. Es wurden über 1000 verschiedene Messungen vorgenommen. Das Resultat fafst Verfasser in folgende Sätze zusammen:

1. Die Temperatur der Haut über chronisch erkrankten Gelenken ist niedriger als auf der gesunden Seite, wenn nicht eine akute Exacerbation des Prozesses vorliegt, in welchem Falle das Verhältnis umgekehrt ist.

2. Unter der Einwirkung der Wärme- und Lichtbestrahlung steigt die Temperatur der bestrahlten Seite gegenüber der nicht beeinflufsten Seite immer; jedoch gibt es Fälle, bei denen nach der Bestrahlung die Temperatur auf beiden Seiten niedriger ist als vorher.

3. Die Licht- und Wärmestrahlung löst auf der kollateralen Seite eine Reaktion im Sinne einer Abkühlung nicht mit jener Regelmäfsigkeit aus, wie dies bei der Wärme- und Kälteapplikation anderer Art der Fall ist.

4. Die unmittelbar erwärmende Wirkung der kurzwelligen Strahlen hält länger an als die der langwelligen.

5. Nach zwei bis vier Stunden kehrt sich das Verhältnis zwischen beiden Seiten um, d. h. die bestrahlte Seite erscheint kälter als die andere, ein Umstand, der durch einen reaktiven Anstieg auf der nicht bestrahlten Seite hervorgerufen zu sein scheint.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Arzneiexantheme, von G. Pernet. (*Brit. med. Journ.* 16. Mai 1903.) Der Verfasser zählt nicht die zahlreichen Medikamente auf, nach denen Ausschläge entstehen können, sondern er klassifiziert die letzteren und reiht sie in folgende Gruppen ein:

1. Erythematöse, quaddelartige, papulöse und desquamierende; 2. vesikulöse und bullöse; 3. pustulöse; 4. furunkulöse; 5. purpuraartige; 6. gangränöse: 7. pigmentierende und depigmentierende; 8. hypertrophische; 9. tumorähnliche Exantheme.

Für jede Gruppe von Ausschlägen werden die Drogen angeführt, welche sie hervorrufen können. Die Diagnose, Differentialdiagnose und die Therapie werden eingehend besprochen. *C. Berliner-Aachen.*

Die durch übermäfsigen Kaffeegenufs verursachten Dermatosen, von Perfetti. (J. Rousset, Paris, 1903. Nach *Journ. d. pratic.* 1903. No. 32.) Die häufigste unter den Störungen, welche durch übermäfsigen Kaffeegenufs auf der Haut erzeugt werden, ist der Pruritus. Derselbe kann kontinuierlich oder nur zeitweise auftreten, er kann die ganze Haut ergreifen oder sich auf einzelne Prädilektionsstellen beschränken; er kann das einzige cutane Krankheitssymptom darstellen, er kann aber auch gefolgt sein von der Eruption verschieden grofser Papeln, die von Kranken rasch aufgekratzt werden und sich mit schwarzen, blutigen Krusten bedecken. Im weiteren Verlaufe kann es zur Lichenifikation der Haut, zum Auftreten von Ekzemen, von Prurigo simplex und Prurigo Hebra kommen. Begleitet ist der durch chronischen „Kaffeeismus" hervorgerufene Pruritus von gastrointestinalen Störungen, Vomitus matutinus, Aufstofsen, Sodbrennen, Übelkeiten, Magenkrämpfen, nervösen Störungen, zuweilen auch von Nieren- und Leberaffektionen. — Absolute Enthaltung von Kaffee und ein gutes diätetisches Regime bringen alle die genannten Erscheinungen rasch zum Verschwinden. *Götz-München.*

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

„X-Strahlen" — ihre Einwirkung auf die physikalische Zusammensetzung der Zelle, von Jacob Glahn. (*Louisville Monthly Journ.* Juli 1903.) Das Molekül kann durch physikalische Agentien, Elektrizität, Magnetismus, Wärme, Licht, Bewegung eine Änderung, eine Umsetzung erfahren, und diese physikalische Umsetzung des Moleküls stellt die Ursache der chemischen Zellveränderung dar. Die gedachte Einwirkung ist abhängig von der Art des Agens, von den Eigenschaften des Moleküls, sowie davon, ob die Moleküle in der Zelle bezw. die Zelle sich unter normalen oder pathologischen Verhältnissen befindet. — Nach dieser verheifsungsvollen Einleitung erklärt Verfasser, dafs die Wirkung der Radiotherapie auf zwei Eigenschaften des

Moleküls der X-Strahlen, Elektrizität und Licht, zurückzuführen sei, hauptsächlich abe doch auf — — — Suggestion, sowohl von seiten des handelnden Arztes auf den Patienten, wie Autosuggestion des letzteren. Die hierzu günstigen Vorbedingungen sollen in der ganzen Art und Weise des Röntgenverfahrens, der Lagerung des Kranken, in der Erwartung, in der sich der Kranke befindet, u. s. w., u. s. w. liegen. (! D. Ref.)
W. Lehmann-Freiburg i. B.

X-Strahlen in der Behandlung von Hautkrankheiten, von J. N. Bloom. (*Louisville Monthly Journ.* Aug. 1903.) Bl. wendet sich gegen den Mifsbrauch der Röntgentherapie und gegen die Anwendung derselben von Nichtärzten. Er berichtet von einer geschwulstartigen Bromtoxicodermie, die nicht erkannt und mit X-Strahlen behandelt wurde, bis sie in seine Behandlung kam und nun nach einmaliger Auskratzung auf Sistieren der wegen Epilepsie lange verordneten Brommedikation verschwand. Ein zweiter Fall von Syphilis beider Hände wurde für Ekzem gehalten und mit Röntgen behandelt, bis beide Hände eine ausgebreitete Dermatitis, die eine ein dollargrofses Röntgengeschwür, aufwiesen. Schliefslich wurden die Frostbeulen am Ohre eines 64jährigen Mannes für Epitheliom gehalten und radiotherapeutisch bis zum Entstehen einer sehr hartnäckigen Dermatitis behandelt, während Auskratzung und Michelsche Paste in vier Wochen Heilung brachten. Auch hält er die X-Strahlen für eine zu heikle Methode, die dem Patienten zu viel Zeit und Geld kostet, wenn es sich um Krankheiten, wie Psoriasis, handelt, die auf einfacherem und kürzerem Wege zu beseitigen sind. *W. Lehmann-Freiburg i. B.*

Die Technik der X-Strahlenbehandlung bei Hautkrankheiten, von Louis E. Schmidt-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 3. Jan. 1903.) Eingehende Besprechung der bei der Röntgentherapie in Betracht kommenden technischen Fragen: Schutz der nicht zu bestrahlenden Hautstellen, Vorbestrahlungen vor der eigentlichen Kur zur Feststellung eventueller Idiosynkrasie, Messung der Stromstärke, Prüfung des Härtegrades der Röhren, das Vaccum und seine Regulierung, Verhältnis der Wärmestrahlen zu den X-Strahlen, Röhrenabstand u. s. w.

In der Diskussion zu den drei Vorträgen über Radiotherapie wird hervorgehoben, dafs die Ansichten in allen wesentlichen Punkten übereinstimmen. Der therapeutische Wert der Bestrahlungen ist unbestritten, indessen sind ihre Gefahren nicht zu unterschätzen; insbesondere wird von allen Seiten die individuelle Verschiedenheit bezüglich des zeitlichen Auftretens der Reaktion betont. Sicher ist auch, dafs die Anwendung der Röntgenstrahlen mit der Zeit auf einen viel engeren Kreis von Erkrankungen sich einschränken wird, als es gegenwärtig der Fall ist. Von Einzelheiten aus der Diskussion sei noch folgendes erwähnt: Pusey-Chicago und Allen-New York bestätigen die Beobachtung Pfahlers, dafs selbst in scheinbar ganz aussichtslosen Fällen von Carcinom die Bestrahlungen noch recht günstige Wirkungen hervorrufen können. Massey-Philadelphia erkennt zwar den günstigen Einfluſs an, meint aber, man habe zur Beseitigung oberflächlicher Hautkrebse ein viel schneller und sicherer wirkendes Mittel in der Zink-Quecksilberkataphorese. Heidingsfeld-Cincinnati vermag die guten Erfolge mancher Autoren in der Behandlung des Lupus erythematosus nicht zu bestätigen, ebenso sah er entschiedene Mifserfolge bei Alopecia areata. In einem Falle, den er stellenweise bestrahlte, während er andere Stellen mit Trikresol behandelte, konnte er geradezu auf das Wiederwachstum der Haare den hemmenden Einfluſs der X-Strahlen feststellen. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Ein Beitrag zum Thema Radiotherapie und Phototherapie bei Carcinomen, Tuberkulose und anderen Hautkrankheiten, von James Nevins Hyde, Frank Hugh Montgomery und Oliver S. Ormsby-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 3. Jan. 1903.)

Die Verfasser kommen auf Grund eines ziemlich reichen Beobachtungsmaterials zu folgenden Ergebnissen:

Es ist noch nicht an der Zeit, endgültig und bestimmt über den Wert der Radiotherapie und Phototherapie ein Urteil abzugeben bei allen Hautleiden, die mit diesen Methoden behandelt worden sind; bei der Hauttuberkulose aber ist ihre Überlegenheit über alle anderen bekannten Heilmethoden wohl aufser Zweifel. Beim Lupus erythematosus ergab die Phototherapie den Verfassern sehr befriedigende Resultate weit bessere als die auf anderen Wegen erzielten. — Bei oberflächlichen, über ein gröfseres Gebiet ausgedehnten Carcinomen ist die Radiotherapie zweifellos allen anderen Behandlungsarten vorzuziehen. Oberflächliche, mehr umschriebene Herde sind der X-Strahlenbehandlung in gleicher Weise zugänglich, doch wird man in vielen Fällen rascher zum Ziele kommen durch Entfernung der Tumoren mit dem Messer oder der Curette. Für diese Fälle sowohl wie für die operablen Herdcarcinome mit tieferem Sitz empfehlen die Verfasser im Anschlufs an die Operation eine Kur mit Röntgenbestrahlungen. Bei inoperablen Tumoren gibt die Radiotherapie wenigstens die Chance einer Heilungsmöglichkeit oder mindert doch die Beschwerden des Patienten. Indessen haben die Verfasser in mehreren Fällen beobachtet, dafs die Hervorrufung einer Entzündung beim Carcinom, bis zu einem gewissen Grade wenigstens, die Ausdehnung der Geschwulst durch Aussaat von Krebszellen auf die gesunde (resp. entzündete) Umgebung und die Metastasenbildung begünstigt. In dieser Möglichkeit liegt eine Gefahr der Radiotherapie, die bisher nicht genügend gewürdigt worden ist. — Der Wert der Radiotherapie bei Hypertrichosis ist längst unbestritten. Auch bei Psoriasis hatten die Verfasser meist gute Erfolge, ebenso bei chronischen Hautentzündungen, wie Akne, Rosacea, Folliculitis; doch raten sie zur Anwendung der X-Strahlen vorläufig nur in den Fällen, in denen die anderen, besser bekannten und besser kontrollierten Methoden versagen.

Die Radiotherapie und die Phototherapie in ihrem Wert miteinander zu vergleichen, ist noch nicht recht möglich. Die Röntgenstrahlen sind leichter anwendbar und scheinen ein weiteres Ausnutzungsgebiet zu haben. Beim Lupus erythematosus gab die Phototherapie den Verfassern wiederholt treffliche Resultate, während die X-Strahlen versagten oder eine Verschlimmerung hervorriefen. Was den Lupus vulgaris betrifft, so glauben die Verfasser, dafs die Endresultate mit der Phototherapie ebenso rasch erreicht werden wie mit den Röntgenstrahlen, dafs aber die kosmetischen Erfolge bessere, und tiefe Verbrennungen nicht zu befürchten sind.

Zum Schlufs warnen die Verfasser vor unvorsichtiger Anwendung der Röntgenstrahlen ohne genügende Erfahrung. Der Arbeit sind eine grofse Zahl sehr schöner und instruktiver Photographien beigegeben. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Bemerkungen zur X-Strahlenbehandlung des Krebses, von G. E. Pfahler-Philadelphia. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 3. Jan. 1903.) Die Anwendung der Röntgenstrahlen empfiehlt sich bei allen Hautcarcinomen, besonders bei den inoperablen oder bei denen die Operation verweigert wird. Verfasser sah selbst noch bei ganz dekrepiden Individuen eine günstige Beeinflussung. Die besten Resultate verspricht sich Verfasser von der operativen Behandlung mit nachfolgenden Bestrahlungen. Betreffs der Technik gibt Verfasser nähere Anweisungen, die indessen kaum Neues enthalten.
A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Technik und Indikationen der Radiotherapie bei der Behandlung der Hautkrankheiten, von Leredde und Pautrier. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 37 u. 38.) Die Verfasser beschreiben die Technik der Radiotherapie, d. h. die Anwendung der Röntgenstrahlen, indem sie besonders die in der letzten Zeit angegebenen Verbesserungen des Instrumentariums ausführlich schildern. Im Gegensatz zu anderen Autoren

wollen sie das Verfahren nur bei ganz wenigen Hautaffektionen angewendet wissen; sie halten es für indiziert nur bei den Hautepitheliomen, beim Lupus vulgaris und Lupus erythematosus, namentlich in Fällen, in denen die Phototherapie nicht zum Ziel geführt hat, ferner bei den Krankheiten des Haarsystems, namentlich bei der Hypertrichosis und den Trichophytien, endlich beim Naevus vascularis.

Götz-München.

Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen und konzentriertem Licht, von W. Scholz-Königsberg. (Schluſs.) (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 34.) Als Epilationsmittel bei Haarkrankheiten sowie bei Akne bewährten sich die Röntgenstrahlen, die auch mit Erfolg als unterstützendes Mittel bei Psoriasis angewandt wurden, während Verfasser schädliche, unbeabsichtigte Wirkung der X-Strahlen bei der therapeutischen Verwendung nie mehr sah. Bei der Besprechung der Behandlung der Hautkrankheiten mit konzentriertem Licht bespricht Sch. den Unterschied zwischen Bogenlicht und Eisenlicht, deren jedes seine bestimmten Indikationen und Vorteile hat. Bei oberflächlichen Prozessen wird man mit dem Eisenlicht bequemer und billiger zum Ziele kommen, während tiefer gehende Affektionen, speziell tiefer reichende Lupusherde, die Domäne des Kohlenlichtes sind, was Verfasser an Beispielen zeigt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Beiträge zur Radiotherapie, von Leopold Freund. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. No. 18.) Zur Messung in der Radiotherapie sind in letzter Zeit zwei Instrumente angegeben: 1. das Radiochronometer, 2. das Spintemeter. Ersteres besteht aus einer Transparentskala, welche durch Schichten von Aluminium mit wachsender Dicke zusammengesetzt ist. Das Spintemeter ist eine der Röntgenröhre parallel geschaltete Funkenstrecke, die beim Vergleich das Maſs gibt für den Widerstand, den das Vacuum ausübt. Beide Apparate entsprechen nicht allen Anforderungen. Das Spintemeter müſste für jeden Induktor besonders konstruiert werden.

Der Holzknechtsche Chromoradiometer scheint zweckmäſsiger zu sein, jedoch dürfen alle diese Apparate nicht das Individualisieren beiseite schieben; die Beobachtung der Reaktion ist doch das wichtigste.

Verfasser lenkt dann die Aufmerksamkeit auf die Strahlen gröſserer Wellenberge, blaue und rote, da man von ihnen eine gröſsere Tiefenwirkung erwarten könne. Seine Versuche mit roten Strahlen zeigten ihm, daſs die antibakteriellen Wirkungen bedeutungslos sind; dagegen sind dermatologische Heileffekte zu erzielen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Röntgenstrahlenbehandlung bei bösartigen Neubildungen von Uterus, Rektum und Blase, von Margardt A. Cleaves-New York. (*Philad. med. Journ.* 18. April 1903.) Verfasserin stellt den Grundsatz auf, daſs in jedem Falle maligner Neubildung dieselbe, wo immer möglich, auf chirurgischem Wege entfernt und vor und nach der Operation die X-Strahlen angewandt werden sollen. Sie hatte aber auch in ganz verzweifelten Fällen, wo die Adnexe schon ergriffen und allgemeine Kachexie eingetreten, chirurgische Behandlung also ganz zwecklos war, prompte Heilerfolge durch vaginale Applikation der X-Strahlen. Weiterhin wurden dieselben auch intrauterin angewandt, und durch die Kombination beider Methoden scheint Verfasserin in ganz verzweifelten Fällen in der Tat wunderbare Resultate erzielt zu haben. Die intravesikale Anwendung der X-Strahlen hatte ausgesprochene Besserung von Urinbeschwerden und Schmerzen zur Folge. Die Röhren, welche in die Vagina, Uterus u. s. w. eingeführt werden, werden mit einem wasserdichten Stoff bedeckt, bei der Blase soll deren Inhalt Schutz vor Verbrennung bieten. Die Röhren für diese sowie für die Gebärmutter sind etwa halb so groſs wie jene für die Vagina (siehe die zwei Abbildungen). Die von Röntgen schon gemachte Beobachtung, daſs manche Me-

talle, besonders Zink, die X-Strahlen winklig reflektieren, wurde von ROLLINS zur Konstruktion von Zinktuben mit gebogenem Ende benutzt, um vor allem maligne Neubildungen der Mundhöhle damit zu behandeln, und Verfasserin glaubt, dafs bei Krankheitsfällen im kleinen Becken, wo man nicht die ganze Scheidenschleimhaut der Wirkung der X-Strahlen aussetzen will, dieser Rat ROLLINS' befolgt werden könnte. Die technischen Einzelheiten müssen im Original nachgesehen werden.

Stern-München.

Die Behandlung des Lupus, des Ulcus rodens und anderer Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen, von M. MORRIS und E. DORE. (*Brit. med. Journ.* 6. Juni 1903.) Die Verfasser resumieren ihre Erfahrungen hinsichtlich des therapeutischen Wertes der X-Strahlen bei der Behandlung verschiedener Hautkrankheiten folgendermafsen: Beim Lupus vulgaris stehen die X-Strahlen in ihrer Heilwirkung der FINSENschen Lichtbehandlung weit nach; doch sind sie im stande, manche Unzulänglichkeiten der letzteren zu ergänzen. Sie sind verwertbar z. B. bei Erkrankung von Höhlen, die dem Licht nicht zugänglich sind. So erweisen sie sich in der Behandlung des Lupus der Schleimhäute wirksamer als die Lichtbehandlung. Besonders indiziert sind sie für die Abheilung ulcerierter Flächen, wobei sie häufig schmerzlindernd wirken. Die Kombination beider Methoden, der Röntgenstrahlen- und der Lichtbehandlung, verstärkt, wenn nötig, durch den Gebrauch der Pyrogallus-, der Salicyl-, der Karbolsäure oder anderer kaustischer Applikationen, werden gute Resultate in solchen Lupusfällen zeitigen, die keine zu grofse Ausdehnung gewonnen haben. Bezüglich der Rezidive ist es noch nicht möglich, sich besonders optimistisch auszusprechen. Jedenfalls sollen scheinbar geheilte Fälle für längere Zeit unter kontrollierender Beobachtung stehen und jedes verdächtige Zeichen sofort behandelt werden. — Mit der Behandlung des Ulcus rodens verhält es sich ähnlich.

C. Berliner-Aachen.

Rhinophyma, geheilt durch Röntgenstrahlen, und Epheliden, beseitigt durch Ultravioletts trahlen, von H. STREBEL-München. (*Forsch. f. Röntgen.* Bd. VI. Heft 5.) Angeregt durch gute Erfolge bei der Behandlung der Akne und Acne rosacea behandelte STR. einen Herrn mit Rhinophyma ebenfalls sehr kräftig mit Röntgenstrahlen, die Heilung in kurzer Zeit bewirkten, ebenso heilte er mit kaltem Licht Epheliden, doch handelt es sich natürlich nicht um Dauerheilungen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Demonstration des FINSENschen Lichtapparates, von THOMAS L. BUTLER. (*Louisville Monthly Journ.* Juli 1903.) Bringt nichts Neues.

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Das Wesentliche und Unwesentliche der Lichttherapie, von E. BELOW-Berlin. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1903. No. 25.) Verfasser warnt vor der Überschätzung der Lichttherapie sowie der Ausnutzung durch kaufmännische Reklame. Wärmestrahlen sind scharf zu sondern bei der Forschung von Lichtstrahlen, kalte von wärmeren, scharfbrechende von schwachbrechenden. So sehr sie sich auch in den sieben Regenbogenfarben hier und da unter einander vermengen mögen, wir werden uns mehr und mehr an eine reinliche Scheidung der Licht- von den Wärmestrahlen gewöhnen müssen, um in der Lichttherapie so das Wesentliche vom Unwesentlichen zu sondern. Die Lichtwirkung in der Therapie ist bisher nur das Baktericide und die Anregung gewisser Molekularbewegungen, also der Heliotropismus. Beide, Heliotropismus und Bakterienabtötung, werden nur hervorrufen von den blauen Bogenlichtstrahlen von kaltem oder kälterem Licht.

Bernhard Schulze-Kiel.

Diagnose und Behandlung einiger Hautaffektionen, von DARIER. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 20.) Kurze, dem klinischen Unterrichte entnommene Bemerkungen

über Diagnose und Therapie des Leukoderma syphiliticum, des psoriasiformen Syphilids und des Lupus erythematodes. Zur Behandlung des Leukoderma syphiliticum empfiehlt D. folgende, jeden Abend zu applizierende Salbe:

Sublimat	0,2
Acid. acetic.	1,0
Hydrogen. peroxyd.	20,0
Kaolin	4,0
Lanolin	5,0
Vaselin	10,0

Mf. ungt. *Götz-München.*

Die Therapie der Krankheiten der behaarten Kopfhaut, von Sabouraud. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 35.) Der Vortrag wurde bereits in der *Revue pratique des maladies cutanees, syphilitiques et vénériennes.* (1903. No. 4) veröffentlicht; das Referat über denselben findet sich an anderer Stelle. *Götz-München.*

Nimmt das Soolbad unter den Bädern eine Sonderstellung ein? von Friedrich Bahrmann und Martin Kochmann-Jena. (*Ther. d. Gegenw.* 1903. Heft 9.) Aus den Versuchen der Verfasser geht hervor, dafs die Soolbäder keinen anderen Einflufs auf die Sensibilität ausüben als kalte oder sogenannte indifferente Bäder, dafs aber ein gewisser Einflufs auf das Nervensystem überhaupt nicht in Abrede gestellt werden kann. Es ist bisher nicht gelungen, eine spezifische Wirkung des Salzzusatzes zum Wasser nachzuweisen, und sind die therapeutischen Erfolge anders zu erklären. Es ist sehr gut denkbar, dafs eine durch die CO_2 haltigen Soolbäder vertiefte und gewifs auch erleichterte Atmung sehr günstig auf die Arbeit des Herzens wirken kann, welche doch sehr wesentlich durch die Druck- und Raumverhältnisse im Thorax beeinflufst wird, und zwar ist die Herztätigkeit um so leichter, je ausgiebiger die Atemzüge. Die Besserung der Herztätigkeit und der Zirkulation wird sich bald durch Schwinden etwa vorhandener ödematöser Schwellungen bemerkbar machen. Mit der Hebung der Zirkulation geht auch eine gründliche Arterialisation des Blutes einher, und so ist damit auch der günstige Einflufs der Soolbäder auf Konstitutionsanomalien, Skrophulose u. s. w. teilweise zu erklären, indem der daniederliegende Stoffwechsel eine mächtige Anregung erfährt.

Zum Teil wird man die günstige Wirkung des Badeaufenthaltes auch in der geregelten Diät, klimatischen Faktoren und der suggestiven Wirkung zu suchen haben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über unangenehme Nebenwirkungen nach Applikation medikamentöser Salben auf die Haut, von Ludwig Waelsch. (*Prag. med. Wochenschr.* 1903. No. 35.) Ein ödematöser Nephritiker, der an heftigen Jucken litt und mit massenhaften Exkoriationen bedeckt war, wurde mit 10 %iger Borvaseline behandelt. Die Haut besserte sich, aber nach vier Tagen trat unstillbare Diarrhoe ein, welche auf Borsäurevergiftung zurückgeführt wurde. Die Durchfälle hörten sofort nach Aussetzen der Borsalbe auf. — Im zweiten Falle handelte es sich um einen Patienten mit Leberleiden und chronischer Nephritis, der auch an heftigem Jucken litt. Er wurde mit einer Salbe eingerieben, die 10 % Chloralhydrat und 3 % Menthol enthielt. Die Salbe wirkte ausgezeichnet, aber es stellten sich Schlafsucht und Erytheme ein, als Patient wider die Anordnung die Einreibung zu oft wiederholt hatte. Verfasser nimmt in diesem Falle an, dafs die Intoxikation mehr durch die Einatmung des verdunsteten Chloralhydrat erfolgt ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Schwefelquellen von Saldino in der Dermatotherapie, von Casoli. (*Bollet. d. Soc. med.-chirurg. di Modena.* 1902.) Diese Quellen enthalten 37 ccm H_2S ‰ und finden überall da ihre Anwendung, wo Schwefelpräparate indiziert sind. Es werden

eine Reihe von Hautaffektionen angeführt, wo sich die Quellen besonders bewährt haben (parasitäre Affektionen, Akne, Psoriasis, Ekzem etc.). *C. Müller-Genf.*

Die Arsenwässer und die Dermatologie, von Steiner-Levico. (*Gaz. des eaux.* 25. Juni 1903.) Nach einem Überblick über den allgemeinen Einfluſs der Arsenwässer auf die Haut behandelt der Verfasser die Wirkung derselben bei den einzelnen Dermatosen. Akute Ekzeme eignen sich nicht zu Arsenwasserkuren, umgekehrt dagegen sind sie bei chronischen und besonders Gewerbeekzemen besonders angebracht. Hier wirkt die örtliche Applikation entzündungswidrig, infiltrationsmildernd und keratolytisch. Bei Akne, Rosacea, Seborrhoe und Furunkulose sind interne und lokale erweichende Therapie gleich notwendig. Lokal wirkt das Arsenwasser auch bei parasitären Prozessen, wie Favus, Sykosis, Impetigo, Lupus und Tuberculosis cutanea entzündungswidrig und antiseptisch. Bei der Psoriasis leisten Arsenbäder tatsächlich Hervorragendes, ebenso bei den verschiedenen Lichenformen und Lupus erythematosus.

Hopf-Dresden.

Über die dermato-therapeutische Verwendung einiger Öle, von Karl Herxheimer-Frankfurt a. M. (*Therap. Monatsh.* 1903. No. 6.) H. macht einige Mitteilungen von zum Teil bisher in der Therapie unbekannten Ölen, welche praktisches Interesse haben.

1. Das Baumwollsaatöl (Ol. Gossypii) eignet sich besonders zur Herstellung des Spiritus saponatus kalinus, wo es die Stelle des Oleum lini bei Herstellung der Seife aus Ätzkali und Öl vertritt. Auch dient es als Zusatz zu Haarwässern bei Pityriasis capitis und Alopecia areata, z. B. in der Form Ol. Masidis, Ol. Terebinthinae, Ol. Gossypii aa. Zweckmäſsig ist es auch zur Verdünnung der Wilsonsalbe und als Ersatz des Olivenöl bei Suspensionen von unlöslichen Quecksilbersalzen.

2. Das Erdnuſsöl (Ol. Arachielis) ist ebenso ein gutes Mittel für Suspension von Kalomel und Hydrargyr. salicyl. und zur Bereitung von Ung. emolliens.

3. Das Oleum pedum tauri eignet sich zum Jodöl, es bereitet keine Schmerzen, schält die Haut nicht wie die Jodtinktur und schont die Wäsche.

4. Das Atlas-Cedernholzöl (Libanol) ist bei Pediculi capitis indiziert und ebenso wirksam wie Petroleum, Sabadillessig. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Das Anästhesin. Seine Anwendung in der Urologie und Dermo-Syphiligraphie, von Rob. Duhot. (*Ann. Policlin. centr.* Febr. 1903.) Das Anästhesin Ritsert ist dem Orthoform als lokales Anästhetikum überlegen; es zersetzt sich nicht wie dieses bei der Vermischung mit Fetten und hat nicht Erytheme im Gefolge. Das salzsaure Anästhesin eignet sich zu Injektionen nach Schleichscher Methode; die Anästhesie ist von längerer Dauer als die nach Kokaininjektionen, die Lösung läſst sich gut sterilisieren, und der Preis des Mittels ist wesentlich niedriger als der des Kokains. Die Erfahrungen des Verfassers bei der Ausführung kleiner Operationen sind gute; er hat das Anästhesin aufserdem aber auch als schmerz- und juckstillendes Mittel bei Verbrennungen, Geschwüren, Analfissuren, Ekzem, Intertrigo, Pruritus schätzen gelernt. Die Anwendungsweise ist einfach, entweder als 5—10%iger Zusatz zu Salben, oder als Streupulver zu gleichen Teilen mit Dermatol oder Xeroform, oder auch in der Form der feuchten Umschläge (0,25 g des salzsauren Salzes pro Liter Flüssigkeit). Bei Blasenneuralgien und Blasentuberkulose bewährten sich dem Verfasser zur Stillung der Schmerzen tägliche Einspritzungen von 10 ccm folgender Lösung:

Guaïacol crist.	6,0
Anaesthesin	3,0
Acid. benzoic.	0,35
Ol. amygd. dulc. steril. ad	60,0

In der Syphilisbehandlung endlich wendet Verfasser das Anästhesin mit Erfolg als Zusatz zu den Injektionslösungen von Kalomel resp. salicylsaurem Quecksilber an, und zwar 1 g Anästhesin auf 10 g der Lösung. — Nebenwirkungen hat Verfasser in seiner Praxis nicht beobachtet. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Anthrasol, ein gereinigter, farbloser Teer, und seine therapeutische Verwertung, von A. Sack-Heidelberg und L. Vieth-Ludwigshafen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 18.) Den Verfassern ist es gelungen, den Steinkohlenteer durch verschiedene Reinigungsprozesse von seinen färbenden Bestandteilen und dem beigemengten Pech zu befreien und dadurch seine schwarze, unaustilgbare Flecke hinterlassende Farbe, sowie seine klebrige Konsistenz zu beseitigen, weiterhin aber ihn durch Zusatz von gleichen Teilen gereinigten Wacholderteers dünnflüssig und löslich zu machen. Der neue Teer, der unter dem Namen Anthrasol von Knoll & Co. in Ludwigshafen hergestellt wird, ist ein dünnflüssiges, hellgelbes Öl, das den spezifischen Teergeruch besitzt, die Haut leicht durchdringt und infolgedessen eine starke Tiefenwirkung entfaltet. Es ist in Aceton, fetten Olen, flüssigem Paraffin, Vasogen und absolutem Alkohol in jedem Verhältnis, im offizinellen, etwa 90 %igen Alkohol im Verhältnis von 5—10 : 100 löslich. — Das Anthrasol kann genau in der gleichen Weise verordnet werden wie der gewöhnliche Teer. Bisher kamen zur Anwendung 10 %ige alkoholische Lösungen bei der Behandlung behaarter Körperstellen, z. B. bei Pruritus ani, 20—30 %ige alkoholische Lösungen bei chronischen Hautaffektionen mit Verdickungen und tieferen bindegewebigen Infiltrationen, wie Lichen chronicus simplex, Psoriasis etc.; Anthrasol pur bei Pruritus universalis, Anthrasolsalben und -Pasten, sowie 2—5 %iger Anthrasolglycerinleim bei Ekzemen, mit Ausnahme der akuten Reizekzeme, eine Anthrasol-Wilkinsonsalbe bei parasitären Hautkrankheiten. Die bisher mit dem neuen Teer erzielten Resultate sind ausserordentlich befriedigend: in allen Fällen wurde eine stark juckstillende und keratoplastische Wirkung, daneben aber eine auffallende Reizlosigkeit konstatiert. Das zeigte sich besonders deutlich bei der Behandlung vesikulöser, nicht infiltrierter, pruriginöser Ekzeme, die den gewöhnlichen Teer nicht vertragen, durch 10—20 %ige Anthrasolzinkpaste jedoch sehr rasch zur Heilung gebracht wurden. *Göts-München.*

Anthrasol, ein gereinigter, farbloser Teer, und seine therapeutische Verwertung, von A. Sack und H. Vieth. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1903. No. 20.) Anthrasol ist ein hellgelbes, flüssiges Öl, welches Teergeruch hat. Man verordnet:

Anthrasol 2,0—10,0	*Anthrasol* 2,0—10,0	*Anthrasol*
Alkoh. absol. ad 30,0	*Vaselin*	*Vaselin* ää 5,0
Ds. Äufserlich	*Lanolin* ää ad 30,0	*Zinc. oxyd.*
	Ds. Äufserlich	*Amyl.* ää 10,0
		Ds. Äufserlich
Anthrasol 2,0—5,0	*Anthrasol*	5,0—10,0
Zinc. oxyd.	*Sulf. praecip.*	10,0
Gelatin. alb. ää 20,0	*Sapon. virid.*	2,0—20,0
Glycerin 25,0	*Vaselin (s. Pasta Zinci)*	ad 40,0
Aq. dest. 30,0	*Cret. alb.*	10,0
Ds. Äufserlich	Ds. Äufserlich	

Das Anthrasol hat alle guten Eigenschaften des Teers, ist auffallend reizlos, so dafs die Paste auch bei Ekzem mit Neigung zum Nässen vertragen wird.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Idiosynkrasie gegen Arsenik, von J. Philipps-Southsea. (*Lancet.* 11. Juli 1903.) Eine Frau hatte Pillen mit Natrium arsen. anhydr. 0,002, Extr. nuc. vomic. und Pilul. Blaud. erhalten. Nachdem sie am ersten Tage nach den Mahlzeiten drei-

mal ein Stück davon genommen hatte, erkrankte sie abends mit intensivem Erbrechen, Durchfall, heftigen Leibschmerzen, Brennen im Rachen, unfühlbarem Puls, kaltem Schweifs und vollständigem Kollaps. Es waren energische Mittel nötig, um sie wieder herzustellen. Bei einer früheren Gelegenheit soll Arsenik eine ähnliche, aber weniger intensive Wirkung gehabt haben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Karbolvergiftung durch die externe Applikation des Mittels, von J. A. Raubenheimer-Liverpool. (*Lancet.* 18. April 1903.) Bei einem sechsjährigen Mädchen waren behufs Operation beide Beine von den Fufsgelenken bis zu der Leistengegend nach vorheriger Reinigung mit Seife, heifsem Wasser und Äther in Tücher, die mit einer 2½ %igen Karbollösung getränkt waren, eingeschlagen worden. Etwa zwei Stunden später wurde eine ausgesprochene Karbolintoxikation mit hochgradiger Somnolenz resp. Bewufstlosigkeit, Cyanose und Fehlen des Pulses konstatiert. Der einige Stunden später entleerte Urin ergab deutliche Karbolreaktion. Heilung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Chininum lygosinatum, ein neues Mittel zur Wundbehandlung, von Josef Szendrö-M.-Weifskirchen. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 40.) Verfasser empfiehlt das Chininum lygosinatum, das Chininsalz des Diorthooxybenzolacetons (enthaltend 70,9 % Chinin) zur Wundbehandlung und hebt die energisch eiterungsvermindernde, austrocknende und styptische Wirkung ohne unangenehme Nebenwirkungen hervor. *Putzler-Danzig.*

Über ein neues Buccopräparat (Diosmal), von Dr. phil. Paul Runge-Hamburg. (*Therap. Monatsh.* März 1903.) Das Diosmal ist ein Extrakt aus den Buccoblättern, einer aus Südafrika stammenden Droge, welche schon längere Zeit in England und Amerika angewandt werden, und deren Wirkung jene der bei uns so beliebten Folia uvae ursi weit übertreffen soll. Die Blätter enthalten ätherisches Öl, dessen Stearopten, das Diosphenol, ein Aldehydphenol ist, ferner zu 4 % ein dem Hesperidin ähnliches Glykosid, das Diosmin, aufserdem Bitterharz und nicht unbeträchtliche Mengen Pflanzenschleim. Im Diosmal, einem Gemisch des in der Kälte bereiteten petrolätherischen und in der Siedehitze hergestellten alkoholischen Extrakts, finden sich alle wirksamen Bestandteile der Droge vereinigt, es hat den Vorteil, sehr haltbar zu sein und weder Magen und Darm noch Nieren (Reizung) ungünstig zu beeinflussen. Fürst wandte Diosmal an Stelle der sonst gebräuchlichen inneren Blennorrhoemittel neben der lokalen Ichthargantherapie an, auch bei blennorrhoischer und nicht blennorrhoischer Cystitis, bei Pyelitis, bei Pyelonephritis und Nephritis schien es Besserung der Symptome zu erzielen. Am besten wird es ordiniert in Form von Pillen oder Gelatinekapseln in Gaben von 0,15—0,6; in beiden Formen wird es von der Schwanenapotheke in Hamburg dargestellt. *Stern-München.*

Ein zweckmäfsiger Ersatz für das englische Pflaster, von A. Philippson-Hamburg. (*Therap. Monatsh.* März 1903.) Das vielgebrauchte englische Pflaster eignet sich nicht zu aseptischer Anwendung, es verdankt seine Beliebtheit nur der handlichen Verpackung und dem gefälligen Aussehen. Verfasser stellt an ein zweckentsprechendes Wundpflaster folgende Anforderungen: gefälliges Aussehen, gutes Kleben ohne Befeuchtung, genügende Dünne und Schmiegsamkeit, Sauberkeit (kein Verschmieren), Waschechtheit, Haltbarkeit bei höheren Temperaturgraden, Reizlosigkeit, aseptische Herstellung und desinfizierende Kraft. Alle diese Vorzüge besitzt das vom Fabrikanten König in Bückeburg hergestellte Bückeburger Heilpflaster, ein 2 %iges Salicyl-Kautschukpflaster, auf wasserdicht gummierten Rosabattist gestrichen. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Über Empyroform, ein neues Teerpräparat, von Alfred Kraus. (*Prag. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 33.) Empyroform (hergestellt von der Chemischen Fabrik

auf Aktien, vorm. E. Schering in Berlin) ist durch Kondensation von Ol. Rani Formaldehyd hergestellt, bildet ein feines, dunkelgraubraunes, mehlartiges Pulver, rein nahezu geruchlos ist. Es ist nur in Aceton, kaustischen Alkalien, Chlorof löslich. Verfasser benutzte folgende Formeln:

Empyroform	1,0	*Empyroform*	1,0
Chloroform	ad 100,0	*Chloroform*	
		Traumaticin	ad 100,0
Empyroform	1,0—5,0	*Empyroform*	5,0
Aceton	ad 100,0	*Vaselin*	
		Lanolin	ad 100,0

Linim. exsicc. Pick. 100,0
Empyroform 5,0—15,0

Bei chronischen und subakuten Ekzemen bewährte sich das Empyroform gut; Rötung und Infiltration schwanden, Reizungserscheinungen kamen nicht Auffallend günstig wurde der Juckreiz beeinflufst. Ganz besonders bewährte sich Mittel bei Ekzemen auf der Basis der Seborrhoe, mögen dieselben am Kopfe oder der übrigen Haut lokalisiert sein. — Die Versuche bei Psoriasis fielen auch gut Oberflächliche Formen heilen unter 1—5%igen Acetonlösungen, die tiefen unter Sal oder Linimenten. Eine akute universelle Psoriasis wurde schnell beseitigt. A hier bewährte sich die juckstillende Wirkung. Günstige Erfahrungen wurden gemacht bei Lichen urticatus, Prurigo, Pityriasis rosea und versicolor. — Nebenwirkungen — Teerakne — kamen nicht zur Beobachtung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Empyroform, ein trocknes, fast geruchloses Teerpräparat, von Bruno Sklarek-Breslau. (*Ther. d. Gegenw.* Juli 1903.) Die Vorzüge des neuen Mittels bestehen in seinen in hohem Grade juckstillenden und austrockenden Eigenschaften. Ferner ist zu rühmen, dafs das Präparat weder lokale Reizungen noch Intoxikationen hervorruft, dafs man mit dessen Hilfe Patienten langsam an Teer gewöhnen kann, selbst wenn dieser früher nicht vertragen wurde, und dafs das Empyroform fast geruchlos ist. Seine weniger intensive Farbe ist in Bezug auf Reinlichkeit der Verbände, sowie der Leib- und Bettwäsche nicht zu unterschätzen. (Preis? Der Referent.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Das Epitholgold und Epitholsilber in der Chirurgie und Dermatologie von Arthur Strauss. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1903. No. 16.) Legierungen aus Kupfer und Zinn, auf das feinste gepulvert, bilden die als „Epithol" bezeichneten Präparate „Epitholgold" und „Epitholsilber". Die Pulver sind sehr fein, haften, wenn man sie aufreibt, fest an, eine spiegelglatte Fläche bildend. Hoffmann benutzte die Pulver zuerst als Wunddeckmittel. Sie führen einen tadellosen aseptischen Verlauf herbei. Verfasser prüfte die Pulver zuerst bei der Phimosenoperation. Mit aseptischem Spatel gegen die Wunde gedrückt, deckt und heilt das Epithol vorzüglich, ist dabei absolut reizlos. Für die Dermatologie geeignet ist ein Firnis aus Kollodium mit 4%igem Kampfer; gut ist auch der Traumaticinfirnis:

Camphor.	2,0	*Epithol* (*Silber*)	10,0
Epithol (*Gold*)	10,0	*Traumaticin*	50,0
Collod.	ad. 50,0	Ds. Pinsel im Kork.	

Ds. Pinsel im Kork,

Sehr geeignet für die Epitholbehandlung sind Gewerbeerkrankungen der Hände und Arme, besonders die trockenen, glatten, oft schwieligen Verdickungen mit Rhagaden, ferner die Nagelerkrankungen. Pustelbildung und Nässen bilden Kontraindikationen. Gute Erfolge sah Verfasser bei Folliculitis barbae. Wasserlösliche Firnisse

mit Verbandwatte gedeckt, haften gut und passen bei mancherlei Hautleiden (Ekzeme Herpes zoster).

Epitholgold	5,0—10,0
Dextrin	10,0—15,0
Aq. dest.	ad. 30,0
(*Zinnoxyd*	3,0)

Auch Salben und Pasten mit Epithol sind brauchbar. — Das Epithol ist wohlfeil (zu beziehen durch Apotheker Gramm in Stuttgart). *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Fluor-Epidermin in der Behandlung alltäglicher Wunden, von Wilh. Meitner-Wostitz. (*Reichs-Med-Anzgr.* 1903. No. 14.) Der Verfasser, von der antiseptischen und analgesierenden Natur der organischen Fluorverbindungen überzeugt, wendete das Fluor-Epidermin bei Wunden systematisch an, welche sich als sehr empfindlich gegen den geringsten Reiz herausgestellt hatten. Die Zusammensetzung des Präparats ist die folgende:

Fluorpseudocumoli	1,0
Difluordiphenyli	4,0
Adip. lanae anhydr.	85,0
Ung. Vaselin.	10,0

Die Salbe wirkt anregend auf die Granulationen, auf die Überhäutung schmerzlindernd und keimwidrig. Bei tiefgehenden Wunden ist das Präparat weniger angezeigt.

Hopf-Dresden.

Über das Helmitol, ein neues Harnantiseptikum, von P. Rosenthal-Berlin. (*Therap. d. Gegenw.* Dez. 1902.) „Helmitol", anfänglich „Citramin" genannt, ist eine Verbindung der Anhydro-Methylencitronensäure mit dem Urotropin. Bei der Einwirkung von Formaldehyd auf Citronensäure bildet sich durch Kondensation eine Methylencitronensäure; die letztere reagiert mit dem Hexamethylentetramin in der Weise, daſs hieraus ein Salz entsteht, das „anhydromethylencitronensaure Hexamethylentetramin" (Helmitol). Führt man das Helmitol dem Körper zu, so ist man in der Lage, Formaldehyd im Harn ebenso prompt nachzuweisen, wie bei den entsprechenden Dosen von Methylencitronensäure allein. Wenn man nämlich zwei bis drei Stunden nach Helmitolgaben von 2 g dem frisch gelassenen Harn in einer Menge von 10 ccm einige Tropfen einer 1%igen Phloroglucinlösung zusetzt, den Inhalt des Reagensglases durchschüttelt und dann 2 ccm Natronlauge zufügt, und zwar die letztere so, daſs dieselbe vorsichtig an den Wandungen des Reagensglases in die Flüssigkeit hineinfliefst, so daſs diese spezifisch schwere Lösung sich im Fundus des Reagensglases ansammelt, so tritt sofort eine intensiv rosa Färbung ein. Je frischer der Harn nach der Entleerung untersucht wird, desto intensiver ist die „Jorissensche Reaktion". Das Helmitol wird in Tagesgaben von 3—4 g, in Einzelgaben von 1—1½ g gegeben, ist von leicht säuerlichem, an Citronensäure erinnernden Geschmack, löst sich leicht in Wasser und wird sowohl seitens des Magens, wie auch der Nieren gut vertragen. Setzt man der Lösung Zucker zu, so gewinnt der Geschmack sehr und erinnert an Citronenlimonade. R. hat 20 Patienten mit dem Pulver behandelt, und zwar 18 mit Urethritis chron. post., einen mit Cystitis, einen mit Prostatitis chron. R. betont, daſs die Patienten das Mittel gern nehmen, Urindrang, Trübung des Harns und Schmerzen bald verschwinden, und daſs das Helmitol neben diuretischer Wirkung nicht nervenreizend wirkt. Die Resultate sind nach R.s Meinung zufriedenstellend, und er fordert daher zur Nachprüfung des Mittels auf. (Referent hat ebenfalls in einer Anzahl von geeigneten Fällen das Helmitol an Stelle von Urotropin versucht und schliefst sich der Meinung des Verfassers an, daſs das Mittel der Nachprüfung wert sei.) *Putzler-Danzig*

Klinisches und Bakteriologisches über Helmitol, von Josef F. Müller. (*Dtsch. Ärzte-Ztg.* 1903. No. 8.) Helmitol wird in Dosen von 4—6 g pro die gegeben; gröfsere Mengen machen leicht Durchfall. Das Mittel wirkt stark diuretisch. In die Blase können auch 100,0—150,0 einer 1—2%igen Lösung injiziert werden, die zwei bis acht Stunden drin bleiben. Bakteriologische Versuche ergaben dem Verfasser Resultate, die für Helmitol günstiger waren als für Urotropin. Die baktericide Kraft des Harns nach Einnehmen von Helmitol ist gröfser als diejenige nach Einnehmen von Urotropin. Im Cystitisharn vernichtet Helmitol die Bakterien schneller als Urotropin. — Im Harn kann man nach Helmitol Formaldehyd mittels der Jorissenschen Probe (Phloroglucin und Natronlauge) nachweisen, solange der Harn frisch ist. — Phosphatsteine, in 2%iger Helmitollösung aufbewahrt, verlieren sehr an Gewicht, d. h. sie werden allmählich aufgelöst. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Helmitol, von Seifert. (*Wien. klin. Rundsch.* 1903. No. 22.) Bei akuten Fällen von Blennorrhoe bewährte sich Helmitol nicht, wohl aber bei subakuten, wenn die Blennorrhoe auf die Pars posterior übergegangen war. Bei chronischer Blennorrhoe nahmen die Fäden in sieben Fällen auffallend ab, allerdings wurden daneben Spülungen mit Kalium permanganicum gemacht, in zwei anderen liefs es völlig im Stich. Ein Patient bekam nach dem Einnehmen regelmäfsig Leibschmerzen. Bei fünf Fällen chronischer Prostatitis war die Wirkung eine zufriedenstellende, ein Patient klagte über Reizerscheinungen. Ein Fall blennorrhoischer Cystitis wurde schnell gebessert, ebenso eine Pyelocystitis und eine Cystitis bei Prostatahypertrophie. Eine so prompte Wirkung bei Cystitis hat Verfasser von keinem anderen Mittel gesehen. — Phosphaturie wird durch Helmitol gut beeinflufst, die Diurese bei harnsaurer Diathese sehr gesteigert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Ichthalbin und seine therapeutische Verwendung, von Julian Marcuse. (*Wien. klin. Rundsch.* 1903. No. 23) Das Ichthalbin hat sich dem Verfasser sehr gut bewährt. Er empfiehlt es bei Dilatation peripherer Kapillargefäfse (Rosacea), Stauungsdermatosen, nässenden Ekzemen des Kindesalters, Seborrhoe, Furunkulosis, Strophulus, Urticaria. Sehr wirksam ist es zur Hebung der Konstitution, als Eiweifssparmittel, Enteritis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über unsere Erfahrungen mit Ichthargan, von Karl Neuwerth-Wien. (*Ther. Monatsh.* Juni 1903.) Bei der Behandlung der weiblichen blennorrhoischen Patienten zeigte sich das Ichthargan als sehr geeignetes sekretionsbeschränkendes Mittel, als Spülflüssigkeit in Konzentration 1 : 1000 und auch auf Tampons der Scheide in 5%iger Lösung. (Auch bei den Blennorrhoen der Männer ist das Ichthargan ein durchaus brauchbares Präparat und mindestens dem Protargol gleichwertig. D. Ref.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Weitere Mitteilungen über die Anwendung und Wirkung des Jodipin, von Eduard Hönigschmidt-Weistrach. (*Ärztl. Centr.-Anzgr.*-Wien. 1902. No. 36.) H. empfiehlt Jodipin innerlich oder subcutan gegen Impetigo, die seiner Meinung nach „fast ausnahmslos skrophulösen Ursprungs" ist, und will mit Jodipin gute Resultate erzielt haben. *Putzler-Danzig.*

Über Jodophen, von P. Benassi-Bologna. (*Journ. d. Pharm. „Les nouveaux remèdes"*. 1902. No. 12.) Das Jodophen, ein kristallinisches Pulver von orange-rötlicher Farbe, schwachem Phenolgeruch, unlöslich in Wasser, Chloroform, Benzin, Äther und Alkohol, hat B. in 40 Fällen von weichem Schanker (24 bei Männern, 16 bei Frauen) in Anwendung gebracht und teilt mit, dafs die Behandlungsdauer je nach Charakter, Art, Gröfse und Tiefe der Schanker zwei bis vier Wochen währte.

Die Wirksamkeit des Pulvers erklärt sich aus seiner Zusammensetzung; es enthält Phenol, welches antiseptisch und ätzend wirkt; ferner Jod, welches

neben seiner antiseptischen Eigenschaft die Vernarbung begünstigt, endlich Wismut und Aluminium, Bestandteile, welche, besonders das erstere, austrocknend und adstringierend wirken. Es reizt nicht und sein Geruch ist viel schwächer als der des Jodoforms. *Putzler-Danzig.*

Der innerliche Gebrauch von Jodtinktur an Stelle von Jodkalium, von Paul Richter-Berlin. (*Dtsch. Ärzte-Ztg.* 1902. No. 4.) Die Jodtinktur ist kein so gefährliches Mittel, daſs ihrer ausgedehnten Anwendung durch Festsetzung einer Maximaldosis von 0.2 = 5 Tropfen pro dosi und 0,6 = 15 Tropfen pro die Schranken auferlegt werden müssen. Im Gegenteil, man kann die Jodtinktur ohne jegliches Bedenken in Dosen bis zu dreimal täglich 30 Tropfen und darüber anwenden. Die Maximaldosis sollte also aus der nächsten Ausgabe des Deutschen Arzneibuches verschwinden. Die Jodtinktur wird in zahlreichen Fällen von Patienten gut vertragen, die nach Jodkalium die unangenehmsten Nebenwirkungen empfinden.

Da die Tinct. jodi bedeutend billiger ist als das Jodkalium, und da dieselbe die gleichen Wirkungen hat, so sollte die Jodtinktur das am häufigsten angewendete Jodmittel sein. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Mesotan, von Joh. Kropil. (*Wien. med. Presse.* 1903. No. 13.) Das bei rheumatischen Affektionen als äuſserlich anwendbares Mittel sehr bewährte Mesotan hat auch dermatologischen Wert. Während Verfasser bei Erysipel keinen Erfolg sah, wenn die Haut es auch vertrug, so bewährte sich ihm das Mesotan ausgezeichnet bei Hyperhidrosis. Bei Hyperhidrosis Tuberkulöser wurden 8–10 Tropfen mit Olivenöl auf den ganzen Stamm eingerieben. Die Besserung trat in längstens drei Tagen ein und hielt auch einige Tage an, dann wirkte eine neue Einreibung wieder ganz prompt. — Auch Hyperhidrosis pedum wurde sehr günstig beeinfluſst. — Eine weitere Indikation ist der Pruritus cutaneus; zwei Fälle heilten sehr schnell. — Salben unter Zusatz von Zinkoxyd wurden mit 20—30% Mesotan vertragen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Erfahrungen mit Mesotan, von Heinrich Kayser-Straſsburg. (*Münch. med. Wochenschr* 1903. No. 38.) K. wendet Mesotan ausschlieſslich in Form eines Mesotan-Olivenölgemisches (zu gleichen Teilen) an; er läſst davon zwei- bis dreimal pro die einen Teelöffel voll über der erkrankten Partie leicht einreiben. Wenn ein derartiger Mesotangebrauch länger als eine Woche fortgesetzt wird, so treten besonders bei den Frauen sehr häufig urticariaähnliche Hautausschläge auf. Auſserdem aber sah K. in zwei Fällen nach Einreibungen von Mesotanöl allgemeine, bullöse Dermatitiden auftreten; bei dem einen dieser beiden Kranken wiederholte sich die bullöse Hautentzündung, als nach circa zwei Monaten versuchsweise noch einmal Mesotan appliziert wurde. Bei einem anderen Patienten bewirkten Einreibungen von Mesotanöl die Entstehung eines auf die Applikationsstelle beschränkten Bläschenausschlages. Diesen Erfahrungen zufolge rät K., das Mesotanöl nicht mehr einzureiben, sondern nur aufzupinseln, und zwar zweimal täglich einen Teelöffel voll; die Applikationsstellen, die mit nicht entfetteter Watte bedeckt werden, sind nach Möglichkeit zu wechseln. Viel länger als eine Woche soll die Mesotananwendung, besonders bei Frauen und Kindern, nicht fortgesetzt werden. Jedenfalls muſs man beim ersten Auftreten einer dauernden Rötung und Schwellung das Mittel sofort weglassen, denn ist es einmal zur Blasenbildung gekommen, dann besteht die Überempfindlichkeit der ganzen Körperhaut gegenüber dem Mesotan in der Regel monatelang fort. *Göts-München.*

Über therapeutische Versuche mit Petrosapol (Petrolan) und Petrosulfol, von S. Ehrmann-Wien. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1901. No. 39.) Petrosapol ist ein seifenhaltiger, aus Petroleumrückständen dargestellter Körper von brauner Farbe und salbenartiger Konsistenz, der als Salbe oder Salbengrundlage teils allein, teils mit

Antiseptische und toxische Wirkung einiger organischer Quecksilberpräparate, von G. Vinci. (*Il Policlin.* 1903. No. 5.) Der Verfasser hat mit Kaninchen und Meerschweinchen experimentiert. Die Präparate, welche zur Anwendung kamen, waren das Sublimat einerseits und das Formamid, Acetamid, Propionamid des Quecksilbers andererseits. Diese letzteren organischen Präparate erwiesen sich als etwas toxischer als das Sublimat, indem die mit Sublimat injizierten Tiere die anderen regelmäßig um einige Tage überlebten. Das klinische Bild der Intoxikationserscheinungen ist für alle angewandten organischen Quecksilberpräparate demjenigen beim Sublimat identisch. Die letale Minimaldose war 8 mg pro kg Kaninchen und 7 mg pro kg Meerschweinchen. Die Tiere starben rascher, wenn das Gift intraperitoneal, als wenn es subcutan injiziert wurde. Die anatomischen Veränderungen der inneren Organe waren bei den organischen Salzen stets intensiver als beim Sublimat. Verfasser schließt aus seinen Experimenten, daß man keinen Grund hat, die ersteren dem Sublimate vorzuziehen, wenn man die toxische Wirkung und die Wirkung auf die Mikroorganismen in Betracht zieht. Zu Gunsten der organischen Hg-Salze muß dagegen hervorgehoben werden, daß sie vom subcutanen Bindegewebe besser vertragen werden, daß sie schneller resorbiert und im Organismus rascher umgewandelt werden. *C. Müller-Genf.*

Verschiedenes.

Ein Apparat zum Schmelzen des Unnaschen Zinkleims. (*Brit. med. Journ.* 20. Juni 1903.) Er besteht aus einer gewöhnlichen Spirituslampe, darüber ein Behälter zum Wasserbad, in welches ein Tiegel mit dem Zinkleim hineinhängt. Der Apparat wird von der Firma Hewlett and Sons, 35 Charlotte Str., London, angefertigt.
C. Berliner-Aachen.

Warnung der Studierenden vor den Gefahren der Geschlechtskrankheiten. Der preußische Kultusminister hat folgenden Erlaß an die Universitätskuratoren gerichtet: Die Gefahren der Geschlechtskrankheiten für die Gesundheit und die Verbreitung, welche die Erkrankungen glaubwürdigen Nachrichten zufolge unter der studierenden Jugend erlangt haben, lassen es in hohem Grad erwünscht erscheinen, daß die Studierenden in größerer Ausdehnung als bisher vor diesen Gefahren gewarnt und mit den Maßregeln zu ihrer Bekämpfung in eindringlicher, gemeinverständlicher Weise bekannt gemacht, wie auch auf die ethische Seite der Frage nachdrücklich hingewiesen werden. Dies hätte am zweckmäßigsten in kurzen öffentlichen Vorlesungen für Studierende aller Fakultäten zu geschehen, wobei neben Dozenten der medizinischen Fakultät auch geeignete Vertreter der Philosophie oder Theologie beteiligt werden könnten. — Schließlich ersucht der Kultusminister die Universitätskuratoren um baldige Vorschläge zu möglichst zweckentsprechender Gestaltung dieser Vorschläge.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

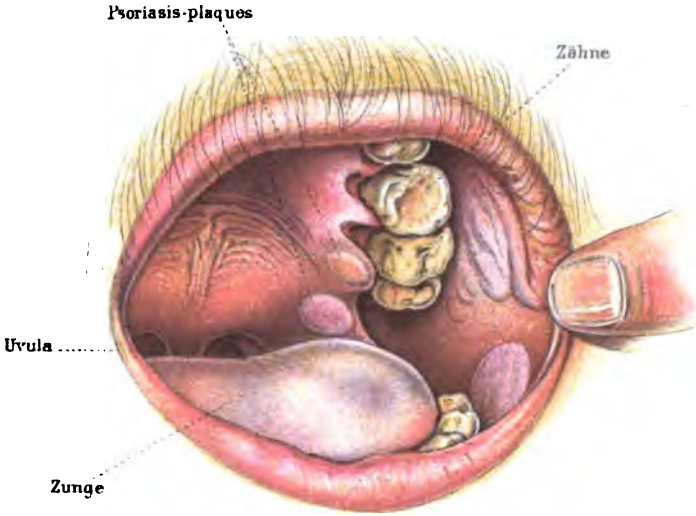
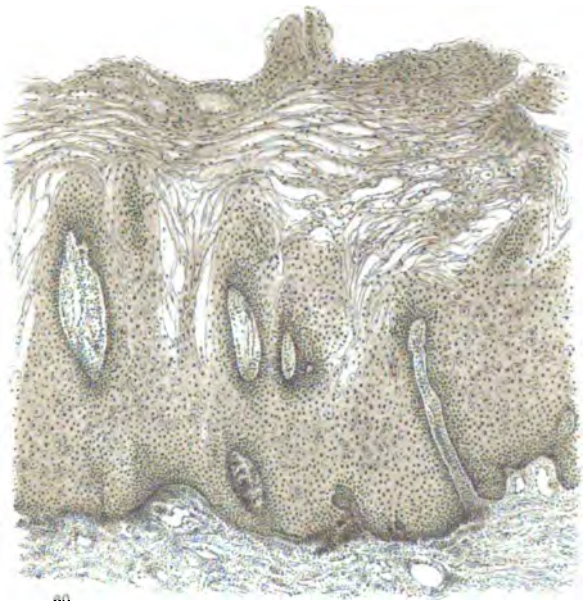


Fig. 2.



Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 37. No. 12. 15. Dezember 1903.

Aus Prof. Kreibichs Universitätsklinik in Graz.

Ein Fall von Erythema induratum (BAZIN), kombiniert mit Lichen scrophulosorum.

Von

Dr. Julius Söllner,
Assistenten der Klinik.

Noch im vorigen Jahre haben Harttung und Alexander[1] die Forderung einer sorgfältigen, auf das Erythema induratum bezüglichen Kasuistik aufgestellt, hauptsächlich um unsere Überzeugung von der ätiologischen Zugehörigkeit der Krankheit zur Tuberkulose zu festigen. Weiter ist das klinische Bild des Erythema induratum als das eines eindeutigen, selbständigen Leidens heute zwar als vollendet zu betrachten, es werden aber doch noch einige seiner Linien schärfer gezeichnet werden müssen. Auch die histologischen Befunde werden erst in letzter Zeit übereinstimmend geschildert, so dafs auch sie noch der Bestätigung bedürfen. Eine Durchsicht der folgenden Zeilen möge dartun, wie weit wir dieser dreifachen Aufgabe durch Analyse unseres Falles genügen konnten.

Im Juli 1903 wurde auf unserer Klinik eine 21jährige Köchin aufgenommen, welche folgende anamnestische Angaben machte:

Als Kind sei sie niemals krank gewesen, doch litt sie schon als Schulmädchen an Nachtschweifsen. Nach dem 14. Lebensjahre, beim Eintritt ihrer Menses, begann Patientin zu husten und expektorierte anfangs reichlich. Seit einem Jahre leidet sie an Brustschmerzen. Vor vier Jahren merkte sie eine Änderung in der Dauer ihrer monatlichen Blutungen, die bis dahin acht Tage gedauert hatten und nach vier Wochen eingetreten waren. Sie behielten zwar den vierwöchentlichen Typus bei, hielten aber nur zwei Tage an und waren mit Kreuzschmerzen verbunden. Fluor aus dem Genitale war keiner vorhanden. Seit ihre Menses an Quantität abgenommen haben, das ist seit vier Jahren, bestehen die häufig auftretenden und wieder verschwindenden oder auch zum Durchbruch nach aufsen führenden Knoten an den unteren Extremitäten. Wiederholt waren Nachschübe von Knoten während der Menstruation zu verzeichnen, so auf unserer Klinik einmal von sieben frischen, roten

[1] *Archiv f. Derm. u. Syphilis.* 1902. Bd. LX: „Zur Klinik und Histologie des Erythème induré Bazin", mit ausführlicher Literaturangabe.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 37. No. 12. 15. Dezember 1903.

Aus Prof. Kreibichs Universitätsklinik in Graz.

Ein Fall von Erythema induratum (BAZIN), kombiniert mit Lichen scrophulosorum.

Von

Dr. Julius Söllner,
Assistenten der Klinik.

Noch im vorigen Jahre haben Harttung und Alexander[1] die Forderung einer sorgfältigen, auf das Erythema induratum bezüglichen Kasuistik aufgestellt, hauptsächlich um unsere Überzeugung von der ätiologischen Zugehörigkeit der Krankheit zur Tuberkulose zu festigen. Weiter ist das klinische Bild des Erythema induratum als das eines eindeutigen, selbständigen Leidens heute zwar als vollendet zu betrachten, es werden aber doch noch einige seiner Linien schärfer gezeichnet werden müssen. Auch die histologischen Befunde werden erst in letzter Zeit übereinstimmend geschildert, so dafs auch sie noch der Bestätigung bedürfen. Eine Durchsicht der folgenden Zeilen möge dartun, wie weit wir dieser dreifachen Aufgabe durch Analyse unseres Falles genügen konnten.

Im Juli 1903 wurde auf unserer Klinik eine 21jährige Köchin aufgenommen, welche folgende anamnestische Angaben machte:

Als Kind sei sie niemals krank gewesen, doch litt sie schon als Schulmädchen an Nachtschweifsen. Nach dem 14. Lebensjahre, beim Eintritt ihrer Menses, begann Patientin zu husten und expektorierte anfangs reichlich. Seit einem Jahre leidet sie an Brustschmerzen. Vor vier Jahren merkte sie eine Änderung in der Dauer ihrer monatlichen Blutungen, die bis dahin acht Tage gedauert hatten und nach vier Wochen eingetreten waren. Sie behielten zwar den vierwöchentlichen Typus bei, hielten aber nur zwei Tage an und waren mit Kreuzschmerzen verbunden. Fluor aus dem Genitale war keiner vorhanden. Seit ihre Menses an Quantität abgenommen haben, das ist seit vier Jahren, bestehen die häufig auftretenden und wieder verschwindenden oder auch zum Durchbruch nach aufsen führenden Knoten an den unteren Extremitäten. Wiederholt waren Nachschübe von Knoten während der Menstruation zu verzeichnen, so auf unserer Klinik einmal von sieben frischen, roten

[1] *Archiv f. Derm. u. Syphilis.* 1902. Bd. LX: „Zur Klinik und Histologie des Erythème induré Bazin", mit ausführlicher Literaturangabe.

Knoten. Während einer zweiten Menstruation entwickelte sich nur ein Knoten. Ein dritter Nachschub mehrerer Knoten, den wir an der Klinik beobachten konnten, fiel zeitlich nicht mit einer Menstruation zusammen. Die erste Ulceration trat vor zwei Jahren, nahe der Kante der linken Tibia auf. Dieses Geschwür schlofs sich erst nach etwa $1^1/_2$ Jahren; dann folgten noch mehrere Ulcerationen, von denen die heute noch sichtbare vorn an dem rechten Unterschenkel seit zwei Monaten besteht. Eine dritte bemerkenswerte Geschwürsfläche an der Aufsenseite des linken Unterschenkels nach aufwärts vom Malleolus externus ist seit vier Tagen nach fünfwöchentlichem Blofsliegen fast ganz überhäutet. Seit den letzten zwei Jahren, seitdem da und dort einzelne Knoten aufbrachen, hat auch das Körpergewicht der Patientin abgenommen. Sie, die im 19. Lebensjahre 71 kg wog, wiegt heute in ihrem 22. nur mehr 54,5 kg. Schmerzhaft wurden die Knoten erst, wenn sie aufgebrochen waren oder infolge vielen Gehens und Stehens. Die Angabe, dafs ihre Füfse nach dem Verlassen des Bettes anschwellen, können wir durch unsere Beobachtung bestätigen. Bezüglich des Verlaufs der Ulceration macht Patientin die Angabe, dafs vor dem Auftreten derselben ein Bläschen sich zeige und dann in zwei bis drei Tagen bereits an Stelle der blofsliegenden Haut ein tiefgreifendes Loch wahrzunehmen sei. Die Farbe der Knoten sei anfänglich rot, worauf bald ein blauer Farbenton hervortrete, der dann, wenn es nicht zur Geschwürsbildung kam, allmählich wieder abblasse. Infolge ihres Berufes als Köchin mufste Patientin viel stehen. Sie habe niemals Drüsenschwellungen und auch kein Augenleiden gehabt. Ihre sieben lebenden Geschwister seien gesund, drei starben, unbekannt woran. Auch ihr Vater sei gesund; doch habe ihre Mutter gehustet und sei an einem zu Abmagerung führenden Lungenleiden gestorben. Geboren hat Patientin nie. Von nebensächlichem Interesse dürfte sein, dafs am linken Fufse wegen vermeintlicher Varices eine Venenunterbindung stattgefunden hat.

Status praesens: Die Patientin ist mittelgrofs, mäfsig kräftig gebaut, mäfsig gut genährt, gut gefärbt, zeigt nirgends Drüsenschwellungen oder Spuren von solchen. Keine Residuen von vorausgegangenen Phlyktänen an den Augen. Zeichen von Lues fehlen vollständig. Über dem Apex pulmonis dextr. sind deutlich Verkürzung des Perkussionsschalles, verbunden mit dem Gefühle vermehrter Resistenz, und auch teils giemende, teils knackende Rasselgeräusche nachweisbar. Die Körpertemperatur zeigte mehrmals abendliche Temperatursteigerungen von 37,8—38,2° C. Der Urin war bis auf eine dreitägige Cylindrurie mit Albuminurie nach der Injektion von $1^3/_4$ mg Kochschen Alttuberkulins stets eiweifs- und zuckerfrei.

Im klinischen Krankheitsbilde finden sich Symptome tief in der Cutis sitzender Knoten und einer äufserst superfiziell lokalisierten knötchenförmigen Erkrankung.

Vorn an dem linken Unterschenkel sind entsprechend der Mitte der Tibia, zwei Stellen mit kreisförmiger Anordnung von Efflorescenzenresten zu sehen, und zwar ein Halbkreis vom Durchmesser von 10 cm, dessen Peripherie von einer Reihe violetter bis brauner Flecke, den Überbleibseln vorausgegangener Knoten, besetzt ist. Eine zweite Stelle findet sich am linken Unterschenkel nach einwärts von der Tibia, doch ist hier der Kreisbogen fast vollständig im Durchmesser von etwa 6 cm geschlossen.

Als weitere Erscheinung gesellt sich in unmittelbarer Nähe dieser beiden Stellen eine etwa guldengrofse Narbe hinzu, die in ihrer ganzen Ausdehnung eingesunken, eben und von glänzender Epidermis bedeckt ist, den Untergrund lichtbläulich durchschimmern läfst und in der Peripherie von einem dunkel pigmentierten Hofe in der Breite bis zu $^3/_4$ cm eingesäumt wird. Die Pigmentierung des Saumes blafst allmählich gegen die Umgebung ab. Die Basis der Narbe fühlt sich mäfsig derb an und läfst sich über ihr die verdünnte glänzende Haut in zarte Fältchen legen, insolange die Haut nicht durch Gehen oder Stehen ödematös geworden ist. Die eben beschriebene

guldengroſse Narbe, die gröſste von allen, entspricht dem Geschwür, das vor zwei Jahren auftrat und nach etwa 1½jährigem Offenliegen heilte. Die pigmentierten Ränder fühlen sich nicht mehr auffällig an und liegen im Niveau der die vertiefte Narbe umgebenden Haut.

Während diese drei beschriebenen Stellen die vordere und zum Teil die Innenseite des linken Unterschenkels einnehmen, zeigt sich an der Aufsenseite des linken Unterschenkels proximal vom Malleolus externus eine nahezu kreisrunde, diffus violettrote Fläche, die in ihrem Zentrum von hanfkerngroſsen, zum Teil konfluierten Grübchen bedeckt ist und sich mit einem Durchmesser von etwa 7 cm ziemlich scharf von der Umgebung abhebt. (Narben nach Lichen scrophulosorum.)

An der Innenseite des linken Knies findet sich eine Gruppe von 20 mehrere Monate alten Efflorescenzen. In einem Areal von 10 cm Durchmesser unregelmäſsig angeordnet, etwa 1 cm im Durchmesser fassend, zeigen sie eine tiefblauviolette Farbe, die im Zentrum dunkler ist als an der Peripherie. Sie fühlen sich etwas weniger derb als die umgebende Haut an, sind auf Druck nicht schmerzhaft und erblassen unter dem Fingerdruck. Ebenfalls wenig derb entwickelt, doch verschieden von den eben beschriebenen, zeigen sich die Krankheitsprodukte an den beiden Oberschenkeln. Hier stehen sie zerstreut da, und dort, hauptsächlich an den Aufsenseiten, sind sie zarter violett gefärbt; für das Tastgefühl eben kaum noch von der Umgebung abgrenzbar, erheben sie sich in ihrem Zentrum bis etwa zur Höhe einer Urticariaquaddel und flachen sich ganz sanft bis an den Rand ab. Die Herde sind im ganzen etwas ausgedehnter als z. B. an der Innenseite des linken Knies, länglich geformt, mit einem Längsdurchmesser von 2 cm. Ihre Färbung ist viel zarter. Einige verraten ihre Anwesenheit sozusagen nur beim genauesten Betasten. Ein Zerfall in der Tiefe der Haut ist hier nirgends angedeutet. (Efflorescenzen der Erythema induratum.)

Als Parallelerscheinung zu dem nahe dem linken Malleolus externus gelegenen Krankheitsherde zeigt sich am linken Oberschenkel eine ähnliche kleine Gruppe von über stecknadelkopfgroſsen Grübchen; sie ist aber älteren Datums als jene, was sich durch dunkelbraune Färbung des Untergrundes und der Umgebung, bereits vollzogene Überhäutung und Bildung zarter, spärlicher, weicher, wie feucht sich anfühlender Schüppchen verrät. (Narben nach Lichen scrophulosorum.)

Das jetzt noch offene gröſsere Geschwür ist in Abheilung begriffen, aus einem fünfkronenstückgroſsen Geschwür hervorgegangen und jetzt nur etwa hellergroſs. Es liegt vorn nahe der Kante der rechten Tibia. Entsprechend der sich vollendenden Heilung trägt seine Basis schon gesunde Granulationen ohne auffallenden Charakter. Die früher leicht unterminierten Ränder sind noch etwas verdickt und erhaben.

Eine derbknotige Resistenz an der Hinterseite der rechten Wade, die in die Subcutis zu verlegen ist, muſs als Überbleibsel von einem pflaumengroſsen, von der Patientin früher in dieser Gröſse wahrgenommenen Knoten betrachtet werden. Die anfänglich rote Haut zieht jetzt ganz normal über diese Stelle, die sich nur mehr für die Betastung zu erkennen gibt und von der Patientin durch mäſsige Schmerzhaftigkeit beim Herumgehen bemerkt wird. Ganz gleicht diesem Knoten ein ebensolcher vor dem rechten Malleolus externus, der sich aber viel deutlicher palpieren läſst. — Die Haut des rechten Unterschenkels ist im ganzen rötlich, und heben sich an ihr in der buntscheckigen rötlichen Färbung mit eingesprengten, dunkelviolettroten Flecken und lichtgefärbten, weniger betroffenen Hautinseln einige Narben ab, die in nichts von den früher beschriebenen verschieden sind. — An der Aufsenseite des rechten Oberschenkels sieht man eine lineare Narbe, welche von einer Probeexzision herrührt. Die Stichkanalöffnungen der Nähte daselbst haben eine blaurote Farbe und springen zwei davon knötchenartig vor. Die Narben nach der Venenunterbindung und die

Narbe nach der Operation eines Venenthrombus, der sich an die Venenunterbindung anschloſs, sind nicht auffällig.

Junge, drei Monate alte Efflorescenzen bieten sich an den beiden Fuſsrücken dar in Form einer gröſseren Anzahl stecknadelkopfgroſser Knötchen. Einige von ihnen sind deutlich über die umgebende Haut erhaben, der gröſste Teil jedoch nicht, zumal die anderen eben in eine leicht ödematöse Haut eingetragen sind. Ganz so sehen auch die Knötchen aus, die an beiden Füſsen zwischen Achillessehne und Malleolus externus liegen. Da und dort trägt die Haut der Fuſsrücken zarte Hautschüppchen, zwischen denen stecknadelkopfgroſse Grübchen stehen. Diese unterscheiden sich von den Narben des Unterschenkels durch Zartheit bei der Betastung, es sind narbige Depressionen — „atrophische" Narben, wie man sie nach Lichen scrophulosorum beobachtet.

Ebenso typische Knötchen von Lichen scrophulosorum wie diese sind an der Innenseite des rechten Knies wahrzunehmen und bieten sich als gruppierte bis hirsekorngroſse, bräunliche Knötchen dar, die auch Schüppchen tragen. — Wieder typisch zum Lichen scrophulosorum zu zählen sind etliche auf dem Rücken und den Oberschenkeln der Patientin stehende, follikuläre, zarte Knötchen, die an ihrer Kuppe ein kleines Abscesschen zeigen und sich von den Knötchen der Akne vulgaris durch ihre geringe Gröſse unterscheiden. Mit der Anamnese stimmt unsere Beobachtung überein, daſs der Ausbruch von sieben allerjüngsten Knoten von Erbsengröſse mit der Menstruation zusammenfiel.

Diesen klinischen Veränderungen, soweit sie die tiefliegenden Knoten betreffen, entsprechen folgende histologische Verhältnisse, welche ähnlich auch HARTTUNG, ALEXANDER (siehe oben), THIBIERGE und RAVANT[2] und MANTEGAZZA[3] beschrieben,

Epidermis normal, Cutis bis auf eine perivaskuläre Zellvermehrung wenig verändert. An ihrer unteren Grenze, von hier aus gegen das Fett vordringend, eine Infiltration, die nach ihrem Aussehen als tuberkulös bezeichnet werden muſs. Die einzelnen Herde derselben sind groſs, nehmen oft das ganze Gesichtsfeld ein und sind schon makroskopisch am Präparat zu erkennen.

Mikroskopisch bestehen dieselben aus einem peripheren Wall, der durch Epitheloid- und Rundzellen gebildet ist, und aus einem nekrotischen, zentralen, groſse Strecken einnehmenden Anteil. In der Umgebung ist das Fettgewebe kleinzellig infiltriert und von kleinen Herden durchsetzt, die aber ebenfalls bereits zentrale Nekrose zeigen. Um die kleinen Herde waren oft zahlreiche Riesenzellen zu sehen. Sämtliche Herde erscheinen im Präparat durchlöchert, indem offenbar Fettzellen von der Infiltration verschont blieben.

In etwa zehn Präparaten wurden keine Tuberkelbacillen gefunden.

Unerläſslich dürfte es nach Feststellung der sicheren Diagnose sein, unseren Fall nach den JADASSOHNschen Kriterien in Bezug auf seine

---

[2] *Annal. de derm.* 1899. S. 513.
[3] *Annal. de derm.* Juni 1901.

Stellung zur Tuberkulose zu beurteilen. Wir konnten trotz aller darauf gerichteten Bemühungen wohl viele, aber nicht alle Forderungen erfüllen. 1. gelang uns der Nachweis der Tuberkelbacillen in den tuberkulösen Herden der Erkrankung nicht. Die Präparate, zehn an der Zahl, wurden auf das genaueste untersucht und namentlich jene Stellen ins Auge gefafst, wo erfahrungsmäfs Tuberkelbacillen am ehesten zu erwarten sind. 2. Das Meerschweinchen, welchem ein Knoten an das Omentum majus angenäht wurde, ging leider an eitriger Peritonitis zu grunde. 3. Dagegen glich die histologische Struktur mit den vielen Riesenzellen, epitheloiden Zellen und der Nekrose vollständig dem Bilde der Tuberkulose. Es ist wohl naheliegender, die grofse Strecken einnehmende, zentral gelegene Nekrose, die typisch im Zentrum des aus epitheloiden und Riesenzellen bestehenden Walles gelegen ist, auf Toxinwirkung als auf Thrombose zu beziehen, zumal mit Sicherheit nirgends ein Thrombus konstatiert werden konnte. 4. war der Verlauf des Prozesses, der zu Geschwürsbildung und fistelartiger Eröffnung führte, ein ähnlicher, wie wir ihn bei sekundärem Scrophuloderma öfters sehen. 5. war Tuberkulose der rechten Lungenspitze nachweisbar, die sich in abendlichen Temperatursteigerungen kundgab. Ferner begleitete die Symptome des Erythema induratum ein Lichen scrophulosorum, und war das Mädchen hereditär belastet. 6. reagierten die Herde in unwiderleglicher Weise auf $1^3/_4$ mg Alttuberkulin Koch mit Allgemeinreaktion (Temperatur bis 39,6° C.) und lokaler Reaktion, wobei die Herde an den Unterschenkeln und deren Umgebung bis auf einige Centimeter Entfernung die Erscheinung einer akuten Entzündung schon wenige Stunden nach der Injektion in Form intensiver Rötung und Schwellung annahmen, Symptome, die sich nach drei bis vier Tagen wieder verloren. Wenn auch die Allgemeinreaktion auf die nachweisbare Lungentuberkulose bezogen werden konnte, so war doch die Lokalreaktion durch die angeführten Symptome vollständig deutlich ausgeprägt. Aus all dem Gesagten geht demnach mit der gröfsten Wahrscheinlichkeit hervor, dafs die Efflorescenzen des Erythema induratum entweder selbst Tuberkulose sind, oder zur Tuberkulose in einem ähnlichen Verhältnis stehen, wie der Lichen scrophulosorum, der sich in obigem Falle zugleich mit den Symptomen des Erythema induratum vorfand.

Aus der dermatologischen Abteilung des I. Stadthospitals zu Moskau.

Über einen, den Tuberculides acnéiformes et necrotiques ähnlichen Krankheitsfall.[1]

Von

Dr. Arthur Jordan-Moskau.

Wenn man die Sitzungsberichte der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie zu Paris verfolgt, so begegnet man seit den letzten Jahren sehr häufig Demonstrationen von Kranken, welche in bald gröfserer, bald geringerer Ausdehnung in der Haut gelegene Knötchen aufweisen, von denen einige, als Zeichen weiterer Entwicklung, auf der Kuppe ein Eiterpustelchen tragen, andere sich mit Hinterlassung von Narben zurückgebildet haben. Dieses nur in ganz allgemeinen Zügen skizzierte Krankheitsbild zeigt im einzelnen Fall die eine oder andere Abweichung und wird demnach von den Franzosen, denen wir die Aufstellung dieser Krankheitsform überhaupt verdanken, unter sehr verschiedenen Namen beschrieben, wie Tuberculides acnéiformes et necrotiques (1) [Balzer et Leroy], Folliclis et Acnitis (2) [Barthélemy], Folliculites tuberculeuses (3) [du Castel], Tuberculides lichénoides et acnéiformes (4) [Balzer et Alquier], Tuberculides papulo-pustuleuses (5) [Hallopeau] etc. Alle diese verschiedenen Formen werden in Abhängigkeit von Tuberkulose gebracht, indem man sie durch Toxinwirkung erklärt und mit einigen anderen Hautkrankheiten, wie Lupus erythematodes, Lichen scrofulosorum etc. zur Gruppe der Hauttuberkulide (6) [Darier], oder der Exantheme der Tuberkulose (6) [Boeck] vereinigt. Wenn diese Einteilung auf dem IV. internationalen Dermatologenkongrefs zu Paris (6), wo die Tuberkulidfrage auf der Tagesordnung stand, auch die Anerkennung verschiedener hervorragender Dermatologen, wie Colcott Fox-London, Campana-Rom u. a. fand, so sprachen sich doch andere, wie Audry-Toulouse, Riehl (damals Leipzig, jetzt Wien) u. s. w. gegen einen solchen Zusammenhang aus. Und es scheint, als wenn die nicht französischen Dermatologen im allgemeinen sich skeptischer dieser Krankheitsgruppe gegenüber verhalten, oder dafs Fälle dieser Art aufserhalb Frankreichs nicht so oft zur

[1] Eine Moulage von diesem Fall wurde auf dem VIII. Kongrefs der deutschen dermatologischen Gesellschaft zu Sarajewo gezeigt.

Beobachtung kommen, da man derartigen Demonstrationen oder Mitteilungen in der doch sonst reichen, dermatologischen Literatur nur ausnahmsweise begegnet. Es berichten, soweit mir die letztere zugänglich war, folgende nicht französische Autoren über akneiforme Tuberkulide resp. follikuläre Tuberkulide: SPIEGEL (7), DELBANCO (8), JULIUSBERG (9), PINKUS (10) und ALEXANDER (11) aus Deutschland, TÖRÖK (12) aus Budapest, PRINGLE (13) und FOX (14) aus London, MOBERG (15) aus Stockholm, SABOLOTSKY (16) [der Fall wurde erst später als Tuberkulid gedeutet], KRACHT (17) und SOKOLOW (18) aus Moskau. Das sind doch verhältnismäfsig wenige Beobachtungen gegenüber den vielen französischen Fällen dieser Art.

Unter solchen Umständen dürfte die Besprechung weiterer, ähnlicher Beobachtungen nicht überflüssig sein, und erlaube ich mir hiermit einen Krankheitsfall dieser Art zu beschreiben, den ich längere Zeit hindurch im I. Stadthospital zu Moskau zu verfolgen Gelegenheit hatte, und der mir einige Besonderheiten darzubieten scheint.

Die Krankengeschichte lautet in Kürze folgendermafsen: Der zurzeit 14jährige Schusterlehrling J. M. gibt an, bereits seit sieben Jahren einen kranken, rechten Fufs zu haben, der ihm aber bis dahin keine besonderen Beschwerden gemacht hat. Diese sind erst in letzter Zeit eingetreten und veranlafsten ihn, im Januar 1903 das genannte Krankenhaus aufzusuchen. Von früheren Krankheiten weifs Patient nichts und von dem jetzigen Leiden auch nur sehr wenig auszusagen. Er behauptet, es sei immer nur auf der rechten Fufssohle und nie anderorten aufgetreten. Von den Eltern lebt der Vater, während die Mutter an Schwindsucht gestorben ist.

Status praesens bei der Aufnahme im Hospital. Patient ist klein von Wuchs, blafs und von mittelmäfsig entwickelter Muskulatur und Fettpolster. Das Allgemeinbefinden ist gut, die inneren Organe, wie Herz, Lungen etc., sind gesund. Die Haut des Körpers zeigt keine wesentlichen Veränderungen, abgesehen von vereinzelten, spärlichen Narben, über die Patient nichts aussagen kann, und die von Akneknötchen herzurühren scheinen. — Der Gang des Kranken ist eigentümlich, indem er rechterseits auf dem lateralen Rand des Fufses auftritt, angeblich weil er Schmerzen in der Fufssohle, aber auch an einer bestimmten Stelle des Fufsrückens verspürt. Diese betrifft die erste Articulatio metatarso-phalangealis dextra, welche ein wenig aufgetrieben und bei Druck empfindlich ist. Die Hauptveränderungen aber, welche uns speziell interessieren, lokalisieren sich auf der vorderen Fläche der rechten Fufssohle. Hier bemerkt man, teils in der Haut gelegene, teils dieselbe ein wenig überragende Flecke und Knötchen, 57 an Zahl, von Stecknadelkopf- bis Erbsengröfse. Die meisten stehen isoliert, einige in Gruppen, und noch andere sind zu-

sammengeflossen. Sie sind teilweise hellrot, teilweise bläulichrot, wie speziell die durch Konfluenz entstandenen gröfseren Knötchen. Letztere werden bei Anwendung von Glasdruck weifs. Hier und da bemerkt man auf der Kuppe der Knötchen ein ganz kleines Bläschen oder ein Hautschüppchen. Zwischen den Flecken und Papeln erkennt man vereinzelte, zarte, weifse Narben. Beim Hinüberstreichen mit der Hand über die erkrankte Fufssohle spürt man kleine, derbe Infiltrate. Wie nun die weitere Beobachtung lehrte, sind die beschriebenen Hautveränderungen als verschiedene Stadien ein und desselben Prozesses anzusehen. Zuerst tritt ein hellroter Fleck auf, der sich weich anfühlt und in der Haut liegt. Allmählich wird der Fleck zum Knötchen, welches von derberer Konsistenz ist, über die Umgebung emporragt und um einen roten Punkt einen bläulichroten Hof zeigt. Jetzt tritt weiter das Bläschen auf der Kuppe auf, welches dann einsinkt, und nun beginnt eine Rückbildung zum roten Fleck oder auch zu einer zarten Narbe. Letzteres ist aber der seltenere Fall, meist geht das Spiel von neuem an, oder auch es kommt gar nicht zur Rückbildung, sondern es bleibt die derbe Papel konstant bestehen. Ein Weitergreifen des Prozesses an der Peripherie, oder ein Auftreten desselben an anderen Körperstellen habe ich nicht beobachtet.

Von den Lymphdrüsen erwiesen sich diejenigen der Leistengegend vergröfsert. Im Laufe des achtmonatlichen Aufenthaltes des Kranken im Hospital wurden die verschiedensten Medikamente und Behandlungsmethoden versucht, darunter auch zeitweilig mehr aus diagnostischen Gründen Jodkali, welches aber gar keine Veränderung hervorrief. Der Erfolg all der verschiedenen, therapeutischen Mafsnahmen ist nur als gering zu bezeichnen, wenn auch eine Besserung nicht zu leugnen ist. Von 54 Flecken resp. Knötchen waren bei Austritt des Patienten aus dem Hospital (am 11. September 1903) 43 nachgeblieben, die Fufssohle fühlte sich im allgemeinen weicher an, und was für den Kranken selbst die Hauptsache war und ihn zum Austritt veranlafste, er konnte viel besser auf der Fufssohle auftreten. Am wirksamsten erwiesen sich, wie mir schien, heifse Fufsbäder mit Sodazusatz, Emplastra und die Exstirpation der Knötchen, wie eine solche, zwecks Klärung der Diagnose, an zwei Stellen vorgenommen wurde. Die Untersuchung dieser beiden exstirpierten Knötchen nahm in liebenswürdigster Weise Privatdozent A. Mamurowsky vor. Der mikroskopische Befund ist folgender: Das Stratum corneum ist stellenweise verschmälert, das Stratum granulosum dagegen hier und da verbreitert. In den oberflächlichen Schichten des Rete Malpighii sieht man eine mehr diffuse rundzellige Infiltration mit hydropischen Veränderungen, welche in den tieferen Schichten die Form verschieden grofser, runder und vieleckiger, scharfbegrenzter Flächen annimmt, die stellenweise zusammengeflossen sind. Im Corium findet sich

eine deutlich ausgesprochene diffuse Infiltration von einkernigen lymphoiden Zellen. Kapillaren und Arterien sind nicht verändert. Die Schweifsdrüsen sind atrophiert und ihre Ausführungsgänge mit verhornten Massen angefüllt. Riesenzellen und Tuberkelbacillen wurden nirgends gefunden. Das mikroskopische Bild bietet somit nur die Zeichen einer entzündlichen Veränderung dar, ohne uns aber über die spezielle Natur des Leidens aufzuklären.

Eine Tuberkulininjektion konnte leider nicht vorgenommen werden. Bei der Diagnose dieses Falles mufste an Ekzem, Acne necrotica, Lues, Lupus erythematodes disseminatus Boeck und die circumskripten Tuberkulide gedacht werden, für die Jadassohn (19) als beste Bezeichnung Tuberculides acnéiformes et necrotiques angibt. An Ekzem wird man wohl, trotz der Mannigfaltigkeit dieses Leidens und der Neigung geschwächter, jugendlicher Individuen für dasselbe, bei unserem Kranken nur flüchtig denken können, da Narbenbildungen nicht zum Bilde dieser Krankheit gehören. Viel gröfsere Ähnlichkeit bietet unser Fall mit Acne necrotica, aber diese ist an die Talgdrüsen gebunden, welche auf der Fufssohle, dem einzigen Erkrankungsherd in diesem Fall, fehlen. Auch Syphilis konnte nicht gleich von der Hand gewiesen werden, obgleich weder das klinische Bild, noch die Anamnese dafür sprachen. Die infolgedessen vorgenommene Jodbehandlung blieb jedoch, wie erwähnt, völlig resultatlos und erlaubte daher diese Krankheit auszuschliefsen. Schwieriger war aber dieses der Fall hinsichtlich des Lupus erythematodes disseminatus Boeck. Wenn man aber diese Krankheit als besondere Form der Exantheme der Tuberkulose oder der Tuberkulide ansieht, dann sprachen das Fehlen der Symmetrie, die Lokalisation der Erkrankung und die Beschaffenheit der Narben gegen die Annahme dieses Leidens.

Nach Ausschlufs aller dieser Krankheiten bleibt demnach nur diejenige nach, welche die Franzosen, wie gesagt, unter so verschiedenen Namen beschrieben haben, unter denen ich den von Jadassohn als besten bezeichneten gewählt habe, nämlich Tuberculides acnéiformes et necrotiques. Mit dieser Form hat unser Fall noch die gröfste Ähnlichkeit, wenngleich auch nicht alles bei ihm mit dem gewöhnlichen Bilde dieser Erkrankung übereinstimmt, wie z. B. die Lokalisation und das Fehlen von Tuberkulose. Es sei denn, dafs man die tuberkulöse Belastung seitens der Mutter als gravierendes Moment ansieht. Aber auch unter den französischen Mitteilungen von Hauttuberkuliden gibt es solche, welche nicht tuberkulöse Individuen betrafen, wie z. B. der am 8. November 1900 in der französischen Gesellschaft für Dermatologie vorgestellte Fall von Balzer et Alquier (20) u. a. Ebenso widerspricht auch das Fehlen von Veränderungen um die Gefäfse herum, wie der Riesenzellen im mikroskopischen Befunde, bei unserem Kranken nicht demjenigen der

französischen Beobachter, da auch nach ihnen das mikroskopische Bild sehr oft besondere charakteristische Merkmale entbehren läfst. Als ein notwendiges diagnostisches Moment hält JADASSOHN (21) den positiven Ausfall der Tuberkulininjektion, woher es sehr bedauerlich ist, dafs wir eine solche nicht vornehmen konnten; HALLOPEAU (22) spricht ihr aber eine entscheidende Bedeutung ab und sagt von ihr nur, sie „verdient Beachtung". Ob die Tuberculides acnéiformes et necrotiques überhaupt mit Tuberkulose zu tun haben oder nicht, wage ich natürlich nicht auf Grund meines einen Falles zu erörtern, es scheint mir jedoch noch im allgemeinen verfrüht, diese Frage zu entscheiden, wo wir uns bei Annahme einer Toxinwirkung gleichfalls nur in hypothetischen Mutmafsungen bewegen. Wichtiger erscheint mir zunächst die Entscheidung der Frage, ob das klinische Bild der Tuberculides acnéiformes et necrotiques uns zur Aufstellung einer besonderen Krankheitsform berechtigt. So recht KAPOSI, welcher bekanntlich die „Tuberculides" nicht anerkannte, in seiner Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten hat, dafs „gewisse, wenn auch klinisch ganz weit von einanderstehende Prozesse bei skrophulösen, tuberkulösen, oder durch Anämie und Ernährungsdepression herabgekommenen Personen häufiger angetroffen werden", scheint mir dennoch das klinische Bild der beschriebenen Hautveränderung charakteristisch und apart genug, um es als besondere Krankheit zu bezeichnen. Ob die Bezeichnung Tuberculides acnéiformes et necrotiques eine glückliche ist, ist eine andere Frage, die wohl von vielen mit einem „Nein" beantwortet werden wird. Wenn ich trotzdem diese Benennung beibehalten habe, geschieht es in Ermangelung einer besseren.

Literatur.

1. *Annal. de Dermatol. et de Syphil.* 1898. Bd. IX. S. 550.
2. *Annal. de Dermatol. et de Syphil.* 1891. Bd. II. S. 1.
3. *Annal. de Dermatol. et de Syphil.* 1898. Bd. IX. S. 540.
4. *Annal. de Dermatol. et de Syphil.* 1900. Bd. I. S. 531.
5. *Annal. de Dermatol. et de Syphil.* 1901. Bd. II. S. 946.
6. *XIII. Congrès internat. de méd.* Paris 1900. S. 95.
7. SPIEGEL, Eine seltene, einer generalisierten Folliculitis ähnliche Hauterkrankung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. Bd. XXIII. S. 617.
8. DELBANCO, Zur Klinik der tuberkulösen Exantheme. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1900. Bd. XXXI. S. 176.
9. JULIUSBERG, Zur Tuberkulidfrage. *Verhandl. d. deutsch. dermatol. Ges.* VII. Kongr. 1901. S. 214 u. 293.
10. PINKUS, Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntnis der Tuberkulide. *Verhandl. d. deutsch. dermatol. Ges.* VII. Kongr. 1901. S. 223.
11. ALEXANDER, Zur Histologie der Folliclis. *Verhandl. d. deutsch. dermatol. Ges.* VII. Kongr. 1901. S. 209. Ders., Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslau. Ref. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 21, S. 163.

12. Török, Über die Dermatitis nodularis necrotica. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1901, Bd. 58. S. 339.
13. Pringle, *The Brit. Journ. of Derm.* 1899. S. 120.
14. C. Fox, Zwei Fälle von Tuberkuliden. *The Brit. Journ. of Derm.* 1901. S. 15.
15. Moberg, Lupus erythematodes disseminatus (papulo-nekrotisches Tuberkulid). Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1903. Bd. 36. S. 451.
16. *Protok. d. Moskau. venerol.-dermatol. Ges.* 1896. Bd. IV. S. 26.
17. *Protok. d. Moskau. venerol.-dermatol. Ges.* 1898. Bd. VII. S. 142.
18. *Moskau. venerol.-dermatol. Ges.* Sitzung vom 3. Oktober 1903.
19. Ebstein-Schwalbe, *Handb. d. prakt. Med.* 1901. III. Bd. II. Teil. S. 452.
20. Loc. cit.
21. Jadassohn, Über die tuberkulösen Erkrankungen der Haut. *Berl. klin. Wochenschrift.* 1899. No. 45 u. 46.
22. Hallopeau, Über die Beziehungen der Tuberkulose zu den nicht lupösen Hautkrankheiten. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. Bd. XXIII. S. 341.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. November 1903.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Ledermann demonstriert einen 33jährigen Mann, welcher seit drei Jahren an einer Verhärtung der Haut beider Volae manus, später auch beider Füfse erkrankt ist; dabei bestehen follikuläre Keratosen besonders an den Ellbogen. Die Affektion scheint den **symmetrischen Keratosen**, vor allem dem Érythème kératosique nahe zu stehen; vielleicht gehört sie auch in das Gebiet der Pityriasis rubra pilaris.

Diskussion: Lesser hat vor einiger Zeit, als er den Fall in der Charité behandelte, weit mehr follikuläre Verhornungen und das ganze Krankheitsbild der Pityriasis rubra pilaris nahestehend gefunden. Arseninjektionen, während deren Anwendung ein Zoster auftrat, hatten günstigen Heilerfolg.

Buschke findet die Verhornung der Handteller zu diffus, um von Érythème kératosique zu sprechen, welches serpiginös, mit infiltriertem roten Rand fortschreitet (Zeichen, welche Ledermann im Beginn der Beobachtung gesehen hat).

Rosenthal fällt die geringe Beteiligung der Follikel auf.

2. Ledermann demonstriert einen Mann, bei dem sich nach einer wenig entzündliche Erscheinungen darbietenden Erkrankung der Haarfollikel ein Haarausfall und Atrophie der Kopfhaut eingestellt hat. Es sind bereits grofse Stellen vollkommen kahl. Die Affektion schreitet streng peripherisch fort. Die Haare lassen sich leicht mit ihren Scheiden ausziehen, welche sulzig gequollen sind: **Atrophodermia follicularis des Kopfes.**

Diskussion: Lesser bezeichnet die Krankheit als typische Folliculitis decalvans.

3. Ledermann demonstriert eine 31jährige Frau, die seit der Kindheit an einem Ausschlag leidet, der in Form von Quaddeln, Knötchen und Blasen symmetrisch die Arme, Beine (bes. die Streckseite, aber auch die Gelenkbeugen), Gesicht, Kopf, Hals

und Rumpf befällt. Verschlimmerung zur Zeit der Menses, Besserung während der Graviditäten, nach deren Aufhören starke Verschlimmerung auftrat. Da die Begrenzung vielfach serpiginös ist, Polymorphie und Jucken deutlich sind, rechnet L. die Affektion in das Gebiet der **Dermatitis herpetiformis** DUHRING.

4. LEDERMANN demonstriert ein kleines Mädchen mit **postvaccinal entstandenem parasitären Ekzem** als Beispiel der bakteriellen Ursache des Ekzems.

5. SAALFELD demonstriert einen 49jährigen Mann, der seit acht Jahren an etwa linsengroßen, am Rumpf sehr zahlreich verstreuten, etwas rauhen, scharf abgegrenzten flachen Efflorescenzen leidet, die am nächsten noch in das Gebiet des **Lichen planus** zu rechnen sind. Auf die Anfrage von WECHSELMANN konstatiert Vortragender die Pilzfreiheit dieser Herde.

6. SCHMIDT berichtet über die **Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen.** Er befürwortet die Benutzung weicher Röhren und seltener Bestrahlung. Zur Demonstration gelangen geheilte Fälle von Hypertrichosis, Sykosis, Aknekeloid, Tuberkulose, zur Besprechung die Wirkung auf maligne Tumoren.

Diskussion: LEVY-DORN beginnt mit starker Bestrahlung wie der Vortragende, geht dann aber zu schwächerer Bestrahlung über, da die Disposition zur reaktiven Entzündung mit der Zeit wächst. Nach Röntgendepilation hat er Pigmentbildung im Gesicht bemerkt, die jahrelang bestand.

WICHMANN fand, daß auch dicke Bleiplatten zuweilen keinen genügenden Schutz abgeben.

NAGELSCHMIDT fand nach starker Bestrahlung das Entstehen von Teleangiektasien, welche LESSER als eine regelmäßige Begleiterscheinung der Röntgendermatitis bezeichnet.

ROSENTHAL zieht die Röntgendepilation den übrigen Verfahren bisher noch nicht vor, namentlich weil sie bleibende Pigmentierungen hinterläßt und nicht endgültige Haarlosigkeit erzielt. Er empfiehlt neben den bekannten Depilatorien als bequemes Mittel der Haarentfernung das Abreiben der Haut mit Bimstein (je einem geriffelten und einem glatten Stück).

LESSER bemerkt, daß die Röntgendepilation doch immer auf eine Reihe von Wochen wirkt. Bezüglich der Dauerwirkung fehlt noch ausreichende Erfahrung, doch scheint eine solche nicht selten einzutreten. Pigmentbildung läßt sich vermeiden.

LEVY-DORN berichtet über seine Erfolge mit Röntgendepilation. Etwa ein Drittel der behandelten Fälle ist endgültig von den Haaren befreit; gebessert sind alle, kein einziger unverändert geblieben.

7. SAALFELD demonstriert eine Frau mit **multiplen Angiomen** und daraus erfolgenden Blutungen, die er mit **Gelatine** behandelt hat.

8. SERGALL bespricht den guten Erfolg starker **Arsensäureinjektionen** (bis 0,018 pro inj.) in einem Falle von **Psoriasis**, der wegen reizbarer Haut nicht lokal behandelt werden konnte.

9. SERGALL demonstriert einen Mann mit **kreisförmigem Lichen planus.** Atoxylinjektionen bildeten die Affektion langsam zurück.

Diskussion: LESSER erinnert an F. HEBRAS Bezeichnung dieser Efflorescenzenanordnung als Gemme mit Perlenkranz.

LEDERMANN berichtet, daß vorhergehender Arsengebrauch nicht gegen Lichen planus schütze: ein Patient, welcher etwa 1000 Pilulae asiaticae genommen hatte, erkrankte an Lichen planus.

WECHSELMANN spricht über die neueren Arsenverbindungen, vornehmlich Kakodylsalze, deren leichte Erträglichkeit auf den unzersetzten Durchgang des größten Teils zu beziehen ist.

10. Adler demonstriert einen Mann mit **Trichophytia superficialis diffusa** der rechten Thoraxseite und Achsel. Übertragung vom Vieh.

11. Adler demonstriert einen Mann mit **Lichen ruber verrucosus.** Das Jucken bestand an den zuerst affizierten krampfadrigen Unterschenkeln drei Jahre lang vor der Eruption. Während der internen Arsenbehandlung immer neue Eruptionen.

12. Adler demonstriert einen Mann mit Lichen an der Skrotal- und Oberschenkelhaut, den Blaschko und Lesser als **Lichen simplex chronicus** bezeichnen.

Diskussion: Saalfeld empfiehlt Vereisung oder Anwendung flüssiger Luft auf den Lichen ruber verrucosus.

13. Pinkus demonstriert einen 19jährigen Mann mit **Keratosis pilaris rubra** an Gesicht, Extremitäten und Rumpf.

14. Nagelschmidt bespricht und demonstriert die **neue Lampe** nach Reinfiesen und Vorrichtungen zu Behandlung der schleimhautbekleideten Innenräume.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 31. Oktober (13. Nov.) 1908.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. Sokolow demonstrierte **zwei Fälle von Lepra.** In dem einen handelt es sich um Bildung von Knötchen im Gesicht und auf den Extremitäten bei deutlich ausgesprochenen anästhetischen Flecken auf dem Körper. Patient ist 35 Jahre alt, Schlosser, der aus Brjansk stammt und angeblich zwei Jahre krank ist. In dem anderen Fall, welcher einen 39jährigen Schirmarbeiter betrifft, handelt es sich um ausgesprochene Facies bonina. Patient ist acht Jahre krank und lebt seit dem neunten Lebensjahre in Moskau. Beide Kranke sollen in das Jamburgsche Leprosorium übergeführt werden.

Diskussion: Pospelow macht auf die Knötchenbildung im ersten Falle aufmerksam, die leicht zu Verwechslung mit einem tuberkulösen Syphilid Anlafs geben kann. Etwas Ähnliches hat er früher bei einem leprösen Knaben beobachtet, von dem er die betreffenden Moulagen zeigt.

Orlow hat den zweiten Fall bereits vor einigen Monaten im Mjassnitzkischen Hospital untersucht und findet, dafs sich seitdem eine starke Pigmentierung der Haut ausgebildet hat.

2. Sokolow sprach über die **Behandlung des Favus mit Formalin** und führte fünf derart behandelte Kranke vor. Bereits im vorigen Frühjahr wurden in der Pospelowschen Hautklinik Versuche mit Formalin an ambulatorischen Patienten gemacht, die resultatlos blieben. Jetzt werden die Versuche an stationären Kranken fortgesetzt, bei denen vor, während und nach der Behandlung kulturelle Untersuchungen vorgenommen wurden. Trotz dreiwöchentlicher und längerer Behandlung ist kein Erfolg zu verzeichnen, obgleich das 5%ige Formalin nicht nur aufgeschmiert, sondern eingerieben und zu Kompressen angewandt wurde. Aufserdem klagen die Patienten, welche mit Formalin eingerieben werden, über Schmerzhaftigkeit, und ferner kommt es auch zu Reizung der Haut.

3. Scharkewitsch-Scharslewski als Gast machte nähere Angaben über seine in den eben besprochenen, wie noch einigen anderen Fällen angestellten kulturellen Untersuchungen, bei denen sich ergab, dafs eine 5%ige Formalinlösung nicht im stande ist, die Sporen und Mycelien des Achorion Schönleini in der Tiefe, besonders nicht in den Haarzwiebeln zu töten. Das Formalin vermag nur die oberflächlich gelegenen Sporen zu vernichten, woher es wohl zu einer Besserung des Favus kommt,

der aber bald neue Rückfälle folgen. Die Kulturen im Probierglâschen wurden durch 2-, 3- und 5%iges Formalin abgetötet.

Diskussion: Bogrow meint, wenn überhaupt Besserungen bei der Formalinbehandlung des Favus in der Pospelowschen Klinik erzielt wurden, ist es wohl dem Umstande zuzuschreiben, dafs das Formalin eingerieben und nicht blofs aufgeschmiert wurde.

Selitzki hat als Militärarzt viel Gelegenheit, mit Favus zu tun, dabei natürlich auch das vielgerühmte Formalin versucht, und nicht nur indem er es aufschmierte, sondern auch, da es bei dieser Art der Anwendung ohne Erfolg blieb, indem er es einreiben oder als Kompressen anwenden liefs. Aber auch bei solcher Art der Anwendung konnte er keinen Nutzen von dem Formalin sehen. Kulturelle Untersuchungen hat er nicht angestellt.

Pospelow sagt, es ist sehr interessant, dafs auch die Militärärzte zu demselben Resultat gekommen sind wie er. In dem Fall von Weljamowitsch sind vor der Behandlung keine kulturellen Untersuchungen vorgenommen worden, sondern nur nach derselben. Es ist möglich, dafs es sich daher um eine Verwechslung mit Trichophyton tonsurans handelt, der von selbst absterben kann, während beim Favus das nicht der Fall ist. Um die Frage vom Nutzen des Formalins beim Favus zu erklären, wandte sich Pospelow an verschiedene deutsche und französische Dermatologen mit der Anfrage nach ihren Erfahrungen bei der Behandlung des Favus mit Formalin. Brocq, Max Joseph, Unna und Wolff erwiderten, dafs sie es gar nicht versucht, oder gar nicht in die Gelegenheit es zu versuchen gekommen waren. Jadassohn, Lassar, Lesser, Neisser und Sabouraud haben es angewandt, aber ohne Erfolg. Dasselbe sah auch Woronow in Kertsch bei 18 Favusfällen, trotzdem er in einzelnen derselben aufserdem epilierte.

4. Jordan demonstrierte eine 25jährige Frau mit **Pityriasis rubra pilaris**, welche mit Freilassung nur weniger kleiner Stellen den gesamten Körper einnimmt. Am stärksten betroffen erwiesen sich die Extremitäten, der Nacken, die Stirn und die Nase. Überall sieht man die charakteristischen Follikelbildungen, Röte und Schuppung. Handteller und Fufssohlen sind keratotisch verändert. Der vierte und fünfte Finger der rechten Hand sind im zweiten Phalangealgelenk leicht kontrahiert infolge der Verhornungen; aus demselben Grunde ist die Beweglichkeit der Finger verringert. Die Nägel sind verdickt. Die Haare, Augenbrauen und Wimpern sind stark gelichtet. Das Allgemeinbefinden ist ein gutes. Von seiten der inneren Organe sind keine Veränderungen nachzuweisen. Der Urin ist frei von Eiweifs und Zucker.

Die mikroskopische Untersuchung eines aus dem Unterschenkel exstirpierten Hautstückchens ergab Verbreiterung des Stratum corneum mit Bildung charakteristischer, kugel- und trichterförmiger verhornter Massen um und in den Hautfollikeln. Das Rete Malpighii und die Papillarschicht sind verschmälert. Die Ohlsche Schicht tritt deutlich hervor.

Im Verlauf einer fünfmonatlichen Beobachtung trat anscheinend eine Besserung der Kranken ein, die Follikel auf den unteren Extremitäten schwanden völlig. In allerletzter Zeit kam es aber daselbst zu einem neuen Ausbruch der Follikel.

Diskussion: Pospelow hält diesen Fall sehr ähnlich demjenigen, welchen er auf dem Moskauer internationalen medizinischen Kongrefs vorstellte, und der als Lichen ruber acuminatus gedeutet wurde. Es beweist die eben vorgestellte Kranke wiederum, dafs Lichen ruber acuminatus und Pityriasis rubra pilaris als ein und dieselbe Krankheit anzusehen sind. Er fragt, wie Vortragender darüber denkt?

Jordan möchte sich der Ansicht der Minorität anschliefsen, welche beide Krankheiten trennt, da einige Momente dafür zu sprechen scheinen, wie das gute Allgemein-

befinden, die geringe Wirkung des Arsenik, die gute Prognose u. s. w. Der von ihm vor einigen Jahren in der Gesellschaft demonstrierte Fall wurde, wenn auch sehr allmählich, dennoch völlig ausgeheilt.

Posnelow bestätigt das letztere, findet aber, dafs es nicht gegen seine Annahme spricht, da wir auch den Lichen ruber acuminatus nicht mehr als unheilbare Krankheit, wie früher, ansehen.

5. Küsel demonstriert die neuesten **endoskopischen Instrumente.**

Diskussion: Orlow bedauert bei langjähriger Anwendung der Endoskopie doch nur in einer sehr kleinen Anzahl von Fällen, nämlich bei Urethritis glandularis, Nutzen von derselben gehabt zu haben.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1903. Band 67, Heft 2.

I. **Ein Beitrag zur Lehre von der sogenannten Epidermolysis bullosa hereditaria. Die Regenerationsbedeutung der Retentionscysten in den Schweifsdrüsenausführungsgängen**, von J. Bukovsky-Prag. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 17jährigen Menschen, der bis zum 14. Lebensjahre gesund war. Aus unbekannten Gründen entstand um die Pubertätszeit ein eigenartiger Zustand der Haut, welcher sich dadurch kundgab, dafs es infolge eines mechanischen Reizes irgend welcher Art zu einer Blasenbildung resp. zu einer Ablösung einer zusammenhängenden Membran von der Hautoberfläche kam. Diese Blasenbildung und ihre Loslösung spielt sich zwischen der Cutis und Epidermis ab, wobei die Läsion augenblicklich dem Reize folgt. Infolge von sekundären Veränderungen, die einer durch das Trauma hervorgerufenen Gefäfsreizung ihre Entstehung verdanken, kommt es zu einer Hyperämie, Exsudation und zum Sichtbarwerden der Blase. Je stärker das eingewirkte Trauma ist, desto rascher erscheint die Blase. Diese entsteht direkt und primär durch den Einfluſs des Traumas. Weil die Läsion unmittelbar auf den mechanischen Insult folgt, können keine entzündlichen Veränderungen die Ursache sein; weil die Läsion zu jeder Zeit entsteht, kann sie durch keine chemischen Veränderungen verursacht sein; und weil man anatomisch an der gesunden Haut keine Veränderungen findet, können keine anatomischen Anomalien die Ursache sein. Es bleibt also nur übrig, einen physikalischen Defekt anzunehmen, vielleicht eine Ungleichmäfsigkeit der Kontraktilität.

Aus der Epidermolysis bullosa resultierte im vorliegenden Falle unter anderen Hauterscheinungen eine grofse Menge milienähnlicher, runder, streng begrenzter, harter Körner von gelblicher Farbe, entweder im Hautniveau gelegen, oder über dasselbe erhaben. Die Körner fanden sich in vielen von abgeheilten Blasen herrührenden Narben oder in deren nächster Nähe, aber auch auf der normal aussehenden Haut. — Histologisch erweisen sich diese Gebilde als Cysten, die aus den Ausführungsgängen der Schweifsdrüsen, und zwar an den Stellen entstehen, wo das Kanälchen infolge einer früheren Läsion der Epidermis verstopft wurde. Der Vorgang ist der, dafs nach einer Epidermisläsion, durch welche das Kanälchen vom Porus abgerissen wurde, die Zellen desselben zusammengedrückt und zusammengeklebt worden sind. Durch eine Sekretanhäufung kommt es dann zu einer Erweiterung des Kanälchens, als dann sekundär zu der Ausbildung einer Cyste, über welche die degenerierte

Epidermis verbleibt. — An der Entwicklung und dem Verlaufe der Cysten sind keinerlei entzündliche Veränderungen beteiligt. Die Cysten in den Ausführungsgängen sind Retentionscysten, welche die Aufgabe haben, den verstopften und teilweise zerstörten Ausführungsgang der Drüse neuzubilden und ihn mit der Oberfläche wieder zu verbinden. Es handelt sich hier um einen rein physiologischen Zustand, der berufen ist, wieder normale Verhältnisse herzustellen.

II. **Zwei Fälle von Mykosis fungoides**, von E. Rieckh-Leipzig. Der erste Fall, der einen 49jährigen Patienten betraf, und dessen Krankengeschichte sehr ausführlich mitgeteilt wird, wies folgende bemerkenswerte Eigentümlichkeiten und Abweichungen vom gewöhnlichen klinischen Bilde der Mykosis fungoides auf: „Mangel jeglicher Prodromalerscheinungen, Fehlen subjektiver Symptome, speziell des Pruritus seitens der prämykotischen, wie mykotischen Efflorescenzen, atypische Entwicklung der beiden Krankheitsstadien, Stabilität des prämykotischen Exanthems, Eigenart der breitbasig aufsitzenden, nicht zur Ulceration neigenden, elastischen Tumoren, Ausbleiben jeglicher ausgesprochener Lymphdrüsenschwellungen, Auftreten eines Rezidivs in der Operationswunde, Schmerzen in multiplen Gelenken, negativer Erfolg der therapeutischen Maßnahmen, schneller Gesamtverlauf des Leidens innerhalb eines Jahres." Histologisch war eine vorzugsweise in der Cutis gelegene aus Rundzellen, Plasmazellen und Bindegewebszellen bestehende Infiltration zu verzeichnen.

Der zweite Fall betraf einen 53jährigen Tagelöhner, dessen ausführlich beschriebene Krankengeschichte der Verfasser folgendermaßen kurz rekapituliert: „Bei einem bis dahin gesunden Manne treten scheinbar im Anschluß an ein Trauma Tumoren in der Occipitalgegend und Nackengegend auf intakter Basis entstehend auf. Diese Tumoren, anfänglich derb elastisch, meist livide verfärbt, zeigen im weiteren Verlaufe ein sehr wechselndes Verhalten, indem bald zentrale Rückbildung bei peripherem Fortschreiten, bald allgemeine Involution sich einstellt, während einige Zeit später von neuem intensive und plötzliche Geschwulstentwicklung stattfindet. Die Tumoren zeigen zunächst keine Tendenz zur Ulceration, bei der Rückbildung hinterlassen sie keine Narben. Sie neigen zur Konfluenz und bilden dann gyrierte, annuläre, serpiginös und guirlandenartig angeordnete Formgruppen. Auf die Nachbarschaft der erst befallenen Regionen beschränkt, entwickeln sich im späteren Stadium neue Wucherungen, speziell in der Ohrengegend; diese haben ausgesprochene Neigung zum ulcerösen Zerfall. Fast gleichzeitig damit auftretende Geschwülste an der Schleimhaut des harten Gaumens und der hinteren Rachenwand tendieren in gleicher Weise zur eitrigen Destruktion. Auffällig ist die diffuse, starre Infiltration fast der ganzen Hals- und Nackenmuskulatur, woraus funktionelle und schließlich auch sensible Störungen resultieren. Unter zunehmender Emaziation erfolgt nach kaum einjähriger Krankheitsdauer der Exitus letalis. Die Autopsie ergibt außer der Ausfüllung der Hohlräume des Schädels und der Infiltration der Hals- und Temporalmuskulatur mit Tumormassen Metastasenbildung in der Dura mater, der Niere, Nebenniere und Retroperitonealdrüsen. Mikroskopisch zeigen diese metastatischen Tumoren im allgemeinen denselben Bau wie die primären Geschwülste.

Auf Grund aller dieser Befunde wurde die Diagnose auf „Mycosis fungoides d'emblée" gestellt."

III. **Beitrag zu den tuberkulösen Hauteruptionen. Erythrodermia exfoliativa universalis tuberculosa**, von E. Brunsgaard-Christiania. Die 63jährige Patientin zeigt bei ihrer Aufnahme eine diffus blaurötliche Färbung und Infiltration der gesamten Hautdecke. Nur wenige Stellen an den Füßen und am Halse sind davon ausgenommen. Die gerötete und infiltrierte Haut zeigt überall eine teils kleienförmige, teils in größeren Lamellen vor sich gehende Abschuppung. Es besteht

starkes Jucken, Defluvium capillitii. Sämtliche Nägel der Hände und Füfse sind grauweifs, stark gewölbt und verdickt. Alle tastbaren Lymphdrüsen sind geschwollen, von derber Konsistenz, unempfindlich und zu gröfseren Paketen vereinigt.

An den Lungen wurden vorn und hinten zahlreiche, bronchitische Geräusche gehört. Im schleimig-eitrigen Sputum waren keine Tuberkelbacillen nachweisbar.

In der Klinik besserte sich für einige Zeit der Zustand der Patientin, dann trat eine intensive Verschlimmerung ein. Abgesehen von einer Exacerbation der beschriebenen Hauterscheinungen wurde das Allgemeinbefinden ein sehr schlechtes. Die Patientin nahm ein kachektisches Aussehen an. Aufserdem war diesem letzten Stadium der Krankheit eigentümlich eine stark ausgeprägte universelle, fleckige Pigmentierung. Unter zunehmendem Kräfteverlust gleichzeitig unter den Erscheinungen einer doppelseitigen Bronchopneumonie erfolgte der Tod. Die wiederholentlich vorgenommenen Blutuntersuchungen hatten eine leichte Vermehrung der weifsen Blutkörperchen ergeben.

Nach den Resultaten der pathologisch-anatomischen Untersuchung handelt es sich um einen „subakuten Fall von primärer universeller Lymphdrüsentuberkulose mit Einwanderung von Tuberkelbacillen auf dem Blutwege oder durch die Lymphbahnen in den papillären und subpapillären Teil der Haut, wo man mikroskopisch einen tuberkulösen Entzündungsprozefs in verschiedener Entwicklung von frischen Tuberkeln mit eben beginnender Degeneration bis zu Tuberkeln in vorgeschrittener Degeneration findet. Klinisch verläuft die Krankheit unter dem Bilde einer universellen exfoliierenden Erythrodermie mit den für diesen Fall mitgeteilten Eigentümlichkeiten, und schliefst sich als ein neues Glied an die gewifs zahlreichen, tuberkulösen Hautkrankheiten an, die durch den Blutkreislauf vermittelt werden können".

IV. **Zur Histologie der blennorrhoischen Deferentitis und Epididymitis,** von G. Nobl-Wien. Verfasser war in der Lage, die im Verlaufe einer subakuten Blennorrhoe erkrankten Adnexa, insbesondere den Samenleiter und den Nebenhoden einer histologischen Untersuchung zu unterziehen. Es handelte sich um einen 40jährigen Patienten, der mit subakuter Blennorrhoe und linksseitiger Epididymitis in die Poliklinik kam und nach drei Wochen während der Behandlung an den Folgen einer incarcerierten Leistenhernie zu Grunde ging.

Die bei der Sektion herauspräparierten Genitalorgane wurden in Alkohol gehärtet und von denselben die Prostata, der Samenstrang und der Nebenhoden in Serienschnitte zerlegt.

Der Verfasser beschreibt im folgenden ausführlich die histologischen Befunde. Aus denselben ergibt sich, dafs die klinischen Anzeichen einer Mitbeteiligung des Samenstranges an der blennorrhoischen Nebenhodenentzündung fehlen können, während histologisch doch in dem Epithelbelage bemerkenswerte proliferative und desquamative Veränderungen nachweisbar sind, desgleichen in der Eigenmembran der Schleimhaut des Ganges, woselbst es längs des subepithelialen Kapillarnetzes zu einer mäfsigen Rundzellinfiltration gekommen ist. — Was den Nebenhoden betrifft, so ergab die mikroskopische Untersuchung das Vorhandensein einer serösen Epididymitis, die am stärksten in der Cauda ausgeprägt ist. Das histologische Bild zeigt hier massige Infiltration des interperi- und parakanikulären Stützgewebes, welche Veränderungen von den alterierten Windungen des Ductus epididymidis ihren Ausgang nehmen. „Die Läsion des Nebenhodenkanales ist in diesem Abschnitte durch Wucherung der des Flimmerbesatzes verlustigen Epithellage und dichte Infiltration des subepithelialen Bindegewebes ausgezeichnet, von wo aus längs infiltrierter Kapillarwände mächtigere Rundzellzüge in die kräftige Ringmuskelschicht übergreifen. Gegen den Körper des

Nebenhodens hin nehmen die katarrhalischen Erscheinungen der Mucosa gleichwie die Infiltration des interstitiellen Bindegewebes ab, um im Kopfe bereits der Norm gewichen zu sein".

Gonokokken wurden weder in den Präparaten des Samenstranges noch in denen des Nebenhodens gefunden. Doch ist dies nicht auffallend, da seit dem Beginne der Erkrankung bereits mehrere Wochen verstrichen waren, und die Gonokokken in den im Rückgange begriffenen Entzündungsprodukten zu Grunde gegangen sein dürften. An der rein blennorrhoischen Provenienz der Epididymitis kann nach den neueren bakteriologischen Ergebnissen nicht mehr gezweifelt werden. Ebenso wird man trotz des negativen Gonokokkenbefundes die Pathogenese der Deferentitis doch nur aus der Invasion des Epithels mit den aus der Pars posterior urethrae in die Ductus ejaculatorii fortgeschleppten und von hier aus in den Samenstrang gelangten Gonokokken ableiten müssen.

V. **Über Koilonychia und Platyonychia hereditaria,** von L. Wahlsch-Prag. Die von Heller so benannte „Koilonychie" (Hohlnägel) ist charakterisiert durch eine mehr oder weniger konkav vertiefte, auffallend verdünnte und leicht biegsame Nagelplatte, deren Oberfläche nicht glatt, sondern gerieft, deren freier Rand oft unregelmäfsig gekerbt und vielfach eingerissen erscheint. Die Farbe solcher Nägel ist in der Vertiefung mehr weifslich, an den Rändern der Aushöhlung infolge Eindringens von Schmutzpartikelchen in die aufgelockerte und rauhe Nagelsubstanz schmutzig- bis schwarzgrau. R. Crocker nannte die Affektion wegen ihres hervorstechendsten Symptomes „Spoon-Nails" (Löffelnägel). Verfasser hatte Gelegenheit, diese seltene Nagelerkrankung bei drei Generationen, bei dem Grofsvater, einem Teile seiner Kinder und bei zwei Enkelkindern zu beobachten. In allen Fällen wurde die Affektion als angeboren und vererbt bezeichnet. Es ist dies bemerkenswert gegenüber der Behauptung von Frèche, dafs die Koilonychie nicht kongenital sei.

Bei Besprechung der Pathogenese glaubt Verfasser drei Gruppen von Fällen unterscheiden zu können: Die erste Gruppe umfafst diejenigen Fälle, bei denen die Koilonychie als sekundäre Veränderung nach Erkrankung des Nagelbettes auftritt. Der zweiten und dritten Gruppe gehören die Fälle von primärer oder echter Koilonychie an, bei denen sich am Nagelbett und Nagelfalz nichts Pathologisches nachweisen läfst. Allen diesen Fällen ist eine dünne und biegsame Nagelplatte gemeinsam. Zur zweiten Gruppe wären die Fälle zu rechnen, bei denen die Krankheit durch Einwirkung von Agentien, wie bei Wäscherinnen durch Seifenlauge, erworben; und zur dritten Gruppe, bei der sie angeboren wäre. Die Koilonychie ist hier eine von Generation zu Generation vererbte familiäre Eigentümlichkeit.

VI. **Der gangränöse, phagedänische, diphtheritische Schanker der Autoren,** von S. Róna-Budapest. Im Jahre 1897 bezw. 1899 kamen drei Mädchen (virgines intactae) mit multipler Gangrän an den äufseren Genitalien in die Poliklinik des Verfassers. Bei allen war die Gangrän von allgemeinen septischen Erscheinungen begleitet.

Die erste Patientin, eine 16jährige Arbeiterin zeigte am Rande der rechten grofsen Schamlippe mehrere, teils tiefe granulierende polycyklische Geschwüre mit scharf geschnittenen Rändern, teils von rotem Hofe umgebene, mit festhaftenden, grünlichen oder schwärzlichen nekrotischen Gewebe bedeckte hirsekorn- bis bohnengrofse, rundliche Substanzverluste. Die Geschwüre verbreiten einen penetranten Geruch. Die Leistendrüsen sind geschwollen. Es besteht hochgradige Anämie und Fieber. Die Patientin hat sich der weiteren Beobachtung entzogen. Die mikroskopische Untersuchung auf Ducrey- und Löfflersche Bacillen in den beiden anderen Fällen ergab ein negatives Resultat. Verfasser hat bis dahin niemals diese Krank-

heitsform gesehen und forschte deshalb in der Literatur nach. Er fand bis zum Mai 1899 von analogen Fällen nur drei; den von Herff „ein Fall von Hospitalbrand an der Vulva", den von Grenser „ein Fall von phagedänischem, nicht luetischem Geschwür der Vulva", und einen von Henoch über „primäre Gangrän der Vulva". Während Verfasser mit der Bearbeitung seiner Fälle beschäftigt war, erschien die Arbeit Matzenauers: „Zur Kenntnis und Ätiologie des Hospitalbrandes", worin er den phagedänischen, gangränösen, diphtheritischen Schanker mit der Nosocomialgangrän identifizierte. Nach dieser Publikation unterzog Verfasser an der Hand seiner eigenen Beobachtungen die Befunde Matzenauers einer Nachprüfung und untersuchte, inwieweit man berechtigt sei, einen Zusammenhang des Prozesses in den beschriebenen Krankheitsfällen mit der Nosocomialgangrän anzunehmen.

„Auf Grund seiner klinischen, histologischen und bakteriologischen Untersuchungen kann Verfasser im grofsen und ganzen Matzenauers Beobachtungen und Befunde bestätigen und sagen, dafs ein Teil des früher unter dem Namen „diphtheritischer, phagedänischer, gangränöser Schanker" bekannten Prozesses, sicher eine selbständige Infektionskrankheit darstellt, die weder durch das Bakterium des Ulcus molle, noch durch den Löfflerschen Bacillus verursacht wird."

Die Untersuchung der Frage der Identität des in Rede stehenden Prozesses mit der Nosocomialgangrän, beziehungsweise der Identifizierung der von Matzenauer in seinen Fällen gefundenen Bacillen und der von Vincent bei Nosocomialgangrän beschriebenen Spirillen hat ergeben:

„1. Dafs Spirillen nicht nur in der Mundhöhle (wie Brabec annimmt), und bei Nosocomialgangrän, sondern auch ganz gewöhnlich bei entzündlichen Prozessen der äufseren Genitalien (am häufigsten bei Balanoposthitis) vorkommen, ja selbst, wenn auch nur selten und spärlich, an scheinbar gesunden Genitalien.

2. Dafs diese Spirillen, da sie künstlich nicht gezüchtet werden können und morphologisch und tinktoriell von einander nicht unterscheidbar sind, von den durch Berdal und Bataille bei Balanoposthitis areata gefundenen und für das Zustandekommen derselben verantwortlich gemachten Spirillen einstweilen nicht abgesondert werden können.

3. Dafs die Spirillen zumeist mit einem noch nicht beschriebenen, gebogenen, kleinen Gramnegativen, nicht säurefesten Bacillus zusammen vorkommen.

4. Dafs Bacillen und Spirillen von den in Abstreifpräparaten des Ulcus gangraenosum penis fast in Reinkulturen gefundenen Bacillen und Spirillen und diese letzteren Bacillen hinwieder von den in Gewebsschnitten des Ulcus gangraenosum gefundenen bislang nicht differenziert werden können.

5. Dafs die Spirillen und Bacillen konstant in den durch Streptobacillen verursachten Geschwüren fehlen, wie wenn die Streptobacillen sie nicht neben sich duldeten."

Die Frage der Identität des in Rede stehenden Prozesses mit der Nosocomialgangrän mufs noch eine offene bleiben, da die gefundenen Spirillen und Bacillen bei verschiedenen entzündlichen und nekrotisierenden Prozessen der Genitalien (das Ulcus molle ausgenommen) in grofser Zahl vorhanden sind.

VII. **Nochmals über die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe**, von C. Siebert-Breslau. Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse, „dafs die nach der Justusschen Methode des Quecksilbernachweises entstehenden Niederschläge in den Geweben keine Quecksilbersulfide sind, da dieselben ja bei einer genügend langen Einwirkung von Salpetersäure zur Lösung zu bringen sind. Es mufs sich also hier um andere Metallsulfide, sei es Zink-, sei es Eisensulfid resp. beides handeln, die sich durch ihre Löslichkeit in Salpetersäure von dem Quecksilbersulfid unterscheiden." *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologische Zeitschrift.

1903. Band X, Heft 5.

I. Zur Frage der Beziehungen zwischen Becquerelstrahlen und Hautaffektionen, von S. W. Goldberg und E. S. London-St. Petersburg. Die Verfasser haben die Wirkung der Becquerelstrahlen bei Ulcus rodens geprüft, nachdem sie vorher Versuche zunächst an der gesunden Haut angestellt hatten. Es wurden am linken Unterarm des einen Verfassers (Goldberg) 75 mg Radiumbromid von der Firma Buchler & Co. appliziert. Das Schächtelchen war mit seiner mit Glimmer gedeckten Seite der Hautoberfläche zugekehrt und mit einer Binde fixiert.

Am vierten Tage zeigte sich an der Applikationsstelle ein roter Fleck, der allmählich zunahm und sich mit einer harten und tiefen Infiltrationszone umgab. Im weiteren Verlaufe kam es zur Blasenbildung, dann zur Entblößung und Nekrotisierung des Coriums. Als besondere Eigentümlichkeiten dieser „Dermatitis radiogenes" werden hervorgehoben:

1. Die Reaktion tritt nach einer gewissen, latenten Inkubationszeit ein, die um so länger ausfällt, je schwächer die Wirkung ist. In späteren Tierversuchen konnten wir feststellen, daß die Intensität der Wirkung nicht mit der Quantität des angewandten Präparats parallel läuft, sondern von seiner Radioaktivität abhängt, indem eine in unserem Besitz befindliche Dose von 75 mg an Wirkungskraft einer anderen von 30 mg geradezu nachsteht.

2. Der ganze Prozeß verläuft im allgemeinen schmerzlos. Nicht bloß die Bestrahlung selbst, sondern auch die Blasenbildung und Nekrotisierung waren von keinerlei subjektiven Empfindungen begleitet.

3. Die Brandwirkung taucht ganz unerwartet, ohne Fiebererscheinungen auf.

4. Das Geschwür hat einen eigentümlichen, torpiden Charakter.

Im folgenden werden zwei mit Radiumbromid behandelte Fälle von Ulcus rodens beschrieben.

Der erste betraf einen 58jährigen Patienten, der seit zehn Jahren ein Ulcus rodens nasi hatte. Das Geschwür erstreckte sich vom linken Nasenflügel bis zum inneren Augenrand. In der letzten Zeit zeigte es rasches Wachstum und gesteigerte Neigung zur Blutung. Aus Vorsicht vor einer Schädigung des Auges wurde die Behandlung am unteren Geschwürsrand begonnen. Das Auge und der obere Geschwürsrand wurden mit einer dicken Watteschicht und mehreren Lagen Bleipapier bedeckt, das Radiumschächtelchen in Paraffinpapier eingewickelt, auf das Geschwür eine Lage Mull gelegt und mit einer Binde fixiert. Die erste Sitzung dauerte 1½ Stunde. Nach sechs Tagen waren die Granulationen an der Applikationsstelle des Radium verflacht, blaßgelb, leicht sklerosiert und bluteten nicht. Nach acht Tagen hatte sich ein kleiner nekrotischer Herd gebildet. Eine Woche später war die Nekrose verheilt. Nach jeder Sitzung trat eine wöchentliche Pause ein. Abgesehen von der ersten, dauerten die weiteren Bestrahlungen je eine halbe Stunde. Im ganzen wurde der Patient sieben Stunden radiiert, die vorsichtshalber auf 2½ Monate verteilt waren. Das Resultat war in therapeutischer wie kosmetischer Beziehung ein gutes.

Ebenso wurde im zweiten Falle, bei dem das Ulcus seit acht Jahren bestand, unter vorsichtiger Behandlung mit Radiumstrahlen ein vorzügliches Heilresultat erzielt. Die Verfasser wagen noch nicht die Frage zu entscheiden, welcher Strahlenkategorie in dem Komplexe der Radiumstrahlen die beschriebene Wirkung zu verdanken sei. Doch läßt sich schon jetzt behaupten, „daß wir in dem Radium ein neues therapeutisches Agens von hervorragendem Wert besitzen, welches durch seine Portabilität, seine leichte Dosierbarkeit und ganz besonders durch seine lokalisierbare Verwendbarkeit sich vor den anderen Formen der strahlenden Energie auszeichnet".

II. **Beitrag zur Histologie der Verruca senilis**, von Franz Poor-Budapest. Nach einer kritischen Besprechung der in der Literatur publizierten, einschlägigen Arbeiten teilt Verfasser die Resultate der histologischen Untersuchung mehrerer typischer Fälle von Verruca senilis mit. In Übereinstimmung mit Neumann glaubt Verfasser die Ursache derselben in der senil veränderten Cutis suchen zu müssen. Während jedoch Neumann im allgemeinen dem Schrumpfungsprozesse in der Cutis die Hauptrolle zuschreibt, ist Verfasser geneigt, weitergehend und präzisierend „die Quelle des Leidens in der Degeneration bezw. Atrophie der Muskel- und Bindegewebselemente und infolgedessen der eingetretenen Herabsetzung ihrer Leistungsfähigkeit zu suchen. Jedoch sind diese, größtenteils senil entarteten resp. atrophierten Muskel- und Bindegewebselemente nicht im stande, einen Teil der Talgdrüsen zusammenzupressen und dadurch vollkommen zu entleeren. Die Talgsekretion besteht weiter in denselben, und die sich anhäufenden Produkte dehnen die Drüse mechanisch aus, wozu noch, zufolge der Verhornungsanomalie, die Verschließung der Öffnung der Ausführungsgänge sich hinzugesellt. Auf diese Weise können die erweiterten Follikel und Drüsengebilde zu stande kommen, wie sie in dem histologischen Bilde der Verruca senilis sich darbieten. Ebenso kann durch den, für die senile Haut typischen, abnormen Verhornungsprozeß das Entstehen jener Hornmassen erklärt werden, welche in dem klinischen und histologischen Bilde der Verruca senilis dominieren".

III. **Über strangförmige Phlebitis im Frühstadium der Syphilis**, von Erich Hoffmann-Berlin. Den 80 bisher in der Literatur beschriebenen Fällen kann Verfasser zwei weitere hinzufügen.

Im ersten Falle zeigte der 36jährige Patient, abgesehen von typischen Sekundärerscheinungen, „von der Mitte der linken Wade bis zur Mitte der Kniekehle einen kleinfingerdicken, schmerzhaften, harten, mit knotigen Auftreibungen versehenen Strang, der gegen die über ihm liegende, weder geschwollene noch in der Farbe veränderte Haut gut verschieblich ist; auch gegen die unter ihm gelegenen Gewebe läßt er sich fast in seiner ganzen Ausdehnung frei bewegen, nur an seinem unteren Ende ist er mit einem fast wallnußgroßen, dem Gastrocnemius angehörigen, auf Druck sehr empfindlichen rundlichen Knoten fest verlötet. Der genannte Strang entspricht in seinem Verlaufe genau der Vena saphena parva".

Unter einer fünfwöchentlichen Schmier- und Jodkur sind die Erscheinungen verschwunden.

In dem zweiten Falle, der einen 22jährigen Patienten betraf, lautete die Diagnose: „Sekundäre Lues, Sclerosis penis, Roseola, Papulae madidantes ad anum, Impetigo capitis, Angina syphilitica, Cephalalgia, Phlebitis venarum saphenarum magnarum et venae saphenae parvae sinistrae." Hier konnte trotz energischer antiluetischer Kur kein völliger Rückgang der Phlebitis konstatiert werden. Sieben Monate nach der Infektion kam es zugleich mit einem Rezidiv von Sekundärerscheinungen zu einem abermaligen, stärkeren Ausbruch der Venenentzündung, so daß an deren spezifischer Natur gar nicht mehr zu zweifeln war.

Die im zweiten Falle vorgenommene histologische Untersuchung hat ergeben, daß es sich hier „um eine Phlebitis handelt, welche hauptsächlich die Intima und Media, und zwar an verschiedenen Stellen, mit sehr wechselnder Intensität betrifft, und daß die Vasa vasorum an dem Entzündungsprozeß stark beteiligt sind. An einigen frischeren Erkrankungsherden ist sicher zu erkennen, daß die Wandentzündung der Thrombose vorausgeht, welch letztere dort entsteht, wo die Intimaerkrankung am meisten vorgeschritten ist".

IV. **Über Reinkultur von Ulcus molle-Bacillen**, von Fritz Fischer-Berlin. Der Verfasser gibt zunächst einen Überblick über die einschlägige Literatur, ins-

besondere über diejenigen Arbeiten, welche sich mit der Reinzüchtung des von Ducrey und Unna gefundenen Ulcus molle-Bacillus beschäftigen. Um eine Kultur dieses Bacillus zu erhalten, ist es nötig, wie Lenglet zuerst nachgewiesen hat, einen Impfschanker anzulegen und diesen einige Zeit vor der Aussaat des Eiters mit antiseptischen Flüssigkeiten zu behandeln.

Verfasser bedient sich zur Desinfektion des Inokulationsulcus der Jodtinktur. Zu einer Zeit, wo der Impfschanker etwas weiter vorgeschritten ist, bepinselt man die Umgebung desselben mit Jodtinktur und bringt auch mit Hilfe eines Stäbchens das Jod in die Tiefe des Geschwüres hinein. Dasselbe wird dann wieder mit steriler Watte und gefenstertem Pflaster bedeckt. — Nach der Desinfektion wartet Verfasser zwei Tage und untersucht den zumeist unter eine Kruste angesammelten Eiter mikroskopisch. Enthält derselbe reichlich Ducreysche Bacillen, so wird er ausgesät, sonst noch einen Tag länger gewartet. Bei der Aussaat bevorzugt Verfasser den Eiter, welcher am Grunde des Geschwüres haftet, weil derselbe meistens mehr Stäbchen enthält als die oberflächlichen Schichten. Es empfiehlt sich, mit einem kleinen Platinlöffel aus dem Grunde des Geschwüres etwas Gewebe auszukratzen, und auch dieses zusammen mit dem dabei austretenden leicht blutigserösen Sekret auszusäen. Als Nährböden dienten Blutagar und Blut, das direkt dem Herzen eines Kaninchens entnommen war. Der Blutagar wurde in einem Verhältnis von 1 : 1 oder 1 : 2 bereitet.

Verfasser beschreibt sodann ausführlich das Verfahren der Reinzüchtung, welches sich im allgemeinen an die Methode von Besançon anlehnte und zu einem positiven Resultate führte.

Charakteristisch für die Kolonien ist ihr außerordentlich festes Gefüge. Untersucht man eine eben sichtbar gewordene Kolonie mikroskopisch, so sieht man, daß dieselbe ausschließlich aus Stäbchen besteht. Die Größe der einzelnen Stäbchen schwankt zwischen 1,5 und 2,5 μ. Es kommen indessen auch weit größere Exemplare vor. Die Dicke beträgt 0,4—0,5 μ. Je älter die Kolonie wird, um so mehr tritt die Stäbchenform gegenüber der überhandnehmenden Kokkenform zurück. Nach fünf bis sieben Tagen sind nur noch Kokkenformen nachweisbar. Die Vitalität des Bacillus erlischt im Blutserum am schnellsten; impft man täglich von Blutserum zu Blutserum, so kommt man kaum über die dritte Generation fort. Dagegen hält er sich im Kondenswasser bei zwei- bis dreitägiger Überimpfung mehrere Monate lang.

Um die Spezifität des kultivierten Bacillus nachzuweisen, impfte Verfasser sich unter aseptischen Kautelen am linken Vorderarme mit einer Öse Kondenswasser aus der 15. Generation eines schon $1^1/_2$ Monate alten Kulturstammes. Nach 24 Stunden war starke Rötung in der Umgebung des Stiches sichtbar, und die Stelle auf Druck schmerzhaft. Nach 48 Stunden befand sich an der Impfstelle eine erbsengroße Pustel, deren Umgebung intensiv braunrot verfärbt war. Der Inhalt der Pustel wurde teils in Blut ausgesät, teils mikroskopisch untersucht. Er enthielt zahlreiche Stäbchen, aber keine Ketten, trotzdem das eingeimpfte Material fast nur Ketten hatte. Im Blute dagegen entwickelten sich Ketten.

Der kultivierte Bacillus läßt sich mit den gebräuchlichen Anilinfarbstoffen leicht färben, besonders das in der polychromen Methylenblaulösung enthaltene Methylenviolett nimmt er gut an. Er ist nicht Grambeständig, und wird durch Alkohol leicht entfärbt.

V. **Über bovine Impftuberkulose**, von O. Lassar-Berlin. Verfasser hat vor kurzem in der Berliner medizinischen Gesellschaft einen Assistenten von Prof. Ostertag demonstriert, der sich während eines Vierteljahres mit der Untersuchung des Rachenschleims perlsüchtiger Rinder beschäftigt hatte und an der rechten Hand Anzeichen der lokalen Impftuberkulose (Tuberculosis verrucosa cutis) in Form von Tuberkel-

knoten aufwies. Die Knoten wurden exzidiert und histologisch untersucht. Es handelte sich entsprechend der noch frischen Infektion um ganz junges, in der Entwicklung begriffenes, tuberkulöses Granulationsgewebe. Der Fall gab Veranlassung, nach ähnlichen Fällen bei dem im Berliner Schlachthof beschäftigten Personal zu suchen. Mehrere Arbeiter, die sonst kräftig und gesund waren, zeigten an den Händen Erscheinungen, wie man sie bei Medizinern als Leichentuberkulose bezeichnen würde. — Bei einem Schlachthofbeamten hatte sich unterhalb des linken unteren Augenlides ein solitärer Hauttuberkel entwickelt. Der Patient gab an, dafs er als Trichinenbeschauer fortwährend am Mikroskope arbeite, mit dem linken Auge durchs Okular sehe und dabei gewohnheitsmäfsig das Gesicht an den Okularrand stütze. Im November 1902 habe er während des Mikroskopierens Jucken an der erwähnten Stelle am Auge verspürt und sich derb gekratzt, ohne sich vorher die Hände gewaschen zu haben. Einige Zeit später entwickelte sich ein kleines, rotes Knötchen, das allmählich bis zur jetzigen Gröfse angewachsen sei. — Die mikroskopische Untersuchung eines exzidierten Hautstückchens ergab das Vorhandensein von Hauttuberkulose. — Verfasser berichtet über weitere Fälle von Impftuberkulose bei Männern, die berufsmäfsig mit krankem Rindvieh zu tun hatten. Dadurch wird man in der Annahme bestärkt, „dafs perlsüchtiges Fleisch für die menschliche Haut eine pathologische Haftbarkeit involviert". Verfasser bespricht zum Schlusse die neuesten Untersuchungen Kochs hinsichtlich der Tuberkulose bei Menschen und Tieren und die Verwertung derselben für die Praxis.

VI. **Eisenbogenlicht contra konzentriertes Kohlenbogenlicht**, von G. Busck-Kopenhagen. Auf Kromayers jüngste Antwort erfolgt jetzt eine Erwiderung von Busck. Als Hauptunterschied zwischen den vom Kohlenbogenlichte und den vom Eisenlichte erzeugten Reaktionen hebt Verfasser hervor, dafs die Reaktionen des ersteren stets von einer tiefen Infiltration im Gewebe begleitet ist, die fühlbar ist, wenn man an der betreffenden Stelle die Haut mit den Fingern zu einer Falte aufhebt. Diese tiefe Infiltration, welche das Kennzeichen einer guten Tiefenwirkung ist, fehlt bei den vom Eisenbogenlichte hervorgerufenen Reaktionen.

C. Berliner-Aachen.

The British Journal of Dermatology.

Band 15. November 1903.

I. **Ecthyma terebrans**, von W. A. Jamieson und Huie-Edinburgh. Die Verfasser schildern zunächst eingehend die Affektion nach dem *Atlas der Hautkrankheiten* von J. Neumann, dem *Saint-Louis Atlas* von Hallopeau und der *Dermatologischen Praxis* von Sabouraud. Sodann teilen sie die Krankengeschichte zweier Fälle und die Resultate der histologischen und bakteriologischen Untersuchung mit.

Der erste Fall betraf eine 41jährige Frau, bei der die Krankheit im Oktober 1901 mit einem roten Fleck unterhalb der linken Brustwarze begann. Es entwickelte sich hierauf im Zentrum des Fleckes eine Pustel, die aufbrach und ein Geschwür hinterliefs. In ähnlicher Weise erkrankte eine Stelle auf dem Rücken zwischen den Schulterblättern, nur dafs die zurückbleibende Ulceration viel gröfsere Dimensionen annahm. Man bemerkte hier eine unregelmäfsige, polycyklische, ulcerierte Fläche, welche sich aus einer Anzahl kleinerer, runder, ausgehöhlter Geschwüre zusammensetzte. Der Grund derselben war von tiefroter Farbe und mit spärlichen, ein wenig seropurulente, fast gelatinöse Flüssigkeit absondernden Granulationen bedeckt. Kein entzündlicher Hof umgibt das Geschwür. Dasselbe setzt sich gegen die benachbarte Haut scharf ab. Seitdem sind ähnliche Geschwüre in grofser Anzahl auf dem Rücken,

vereinzelte an den Knien und Unterschenkeln entstanden. Sie verursachen nur wenig Schmerzen. — Unter den verschiedenen Mitteln, die zur Anwendung kamen, erwies sich am besten eine schwache Salbe von Quecksilberammoniat, während Jodkalium eher eine Verschlimmerung herbeiführte. Die Geschwüre heilten nach längerer Zeit mit Hinterlassung einer sehr dünnen, roten Narbe ab.

Die bakteriologische Untersuchung ergab konstant einen Diplococcus, der bei 37° C. am besten gedeiht. Er bildet auf Agar, Blutagar oder in Serum kleine, gesonderte, halbtransparente Kolonien, wie der Streptococcus; und wie dieser, geht er leicht zu Grunde. Agarkulturen haben einen sauren Käsegeruch. Er kommt paarweise, in kleinen Haufen und kurzen Ketten vor.

Auch im zweiten Falle fand sich im Eiter der Ecthymapusteln vorwiegend dieser Diplococcus. Inokulationsversuche hatten jedoch ein negatives Resultat, so daß die Frage, ob der Diplococcus oder der, wie es scheint, diesem verwandte Streptococcus Erreger der Krankheit sei, unentschieden bleiben muß.

II. **Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris (Devergie)**, von Arthur Hall-Sheffield. Der Fall betrifft ein 4½ Jahre altes Mädchen, das vor drei Wochen am Rumpf einen Ausschlag bekam. Derselbe verbreitete sich allmählich über den ganzen Körper. Man kann drei Arten von Effloreszenzen beim Ausschlag unterscheiden:

a) Am Abdomen, an den unteren Extremitäten einzelnstehende, mehr oder weniger zirkuläre, hellrote Papeln mit abgerundeten Köpfchen. Viele fallen mit den Haarfollikeln zusammen und sind mit Silberschüppchen bedeckt.

b) Auf der Brust, dem Rücken, dem Gesäß und an den Armen sieht man durch Konfluenz von Papeln entstandene, größere, hellrote Plaques, deren Oberfläche etwas rauh sich anfühlt und mehr oder weniger stark mit Schuppen bedeckt ist.

c) Auf der Kopfhaut, im Gesicht, an den Ohren, Händen und Füßen besteht ein diffuses, exfoliierendes Erythem.

Die Schleimhäute sind frei. Das Allgemeinbefinden ist wenig gestört, trotz des starken Juckens. Unter innerlichem Gebrauch von Solutio Fowleri in sehr kleinen Dosen, Bädern und äußerlicher Applikation von Unguentum Diachylon mit 5%igem Salicyl besserte sich langsam der Zustand. Nach mehrwöchentlicher Behandlung war die Haut ganz glatt. Ein Rezidiv ist nicht aufgetreten.

C. Berliner-Aachen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1908. Heft 10.

Beitrag zum Studium der Tuberkulide, von Nicolau-Bukarest. Die Frage der Hauttuberkulide ist noch immer viel umstritten. Man versteht darunter verschiedene Gruppen von Hautkrankheiten, „deren Beziehungen zur Tuberkulose unbestreitbar erscheinen, während es nicht immer leicht ist, ihre wahre Natur sicher nachzuweisen". Zurzeit werden acht bis zehn verschiedene Formen unter den Begriff des Hauttuberkulids zusammengefaßt, und zwar: Aknitis und Folliclitis, Akne cachecticorum, Lichen skrofulosorum, Lupus erythematosus, Lupus erythematosus disseminatus, Lupus pernio, Erythema induratum, einzelne Varietäten des Lupus nodularis eruptivus, vielleicht auch die Pityriasis rubra Hebra, das Ekzema skrofulosum, das Angiokeratoma.

N. folgt dem Vorgange von Darier, der diese verschiedenen Formen nach ihrem pathologisch-anatomischen Verhalten in zwei Gruppen teilt; in die eine verweist er diejenigen Dermatitiden, bei denen in der Cutis ein typisches tuberkulöses Gewebe sich entwickelt; die andere ist zur Aufnahme des Lupus erythematosus und seiner

Varietäten bestimmt, Formen, die sich besonders durch perivaskuläre Infiltrationen auszeichnen; ihre tuberkulöse Natur ist zwar noch immer nicht ganz sicher erwiesen, aber doch sehr wahrscheinlich. Für die erste Gruppe dagegen steht die direkte Urheberschaft des Tuberkelbacillus außer Frage, doch sind es Hauttuberkulosen von einem besonders milden und zur Heilung strebenden Verlauf, und zwar deshalb, weil die ihnen zu Grunde liegenden Kochschen Bacillen nur eine abgeschwächte Virulenz besitzen. Die andere Theorie, wonach die Hauttuberkulide unter der Einwirkung tuberkulöser Toxine entstehen, wird vom Verfasser auf Grund dieserhalb angestellter Experimente verworfen.

Über die Entstehung des Pigmentsyphilids des Halses, von Hullen. Eine sorgfältige und wochenlang fortgesetzte Beobachtung an den syphilitischen Patientinnen des Hôpital-Brera hat H. zu interessanten Feststellungen in Bezug auf das Pigmentsyphilid des Halses geführt. Es findet sich häufig oder immer — über diesen Punkt spricht sich der Verfasser noch nicht endgültig aus — an Stellen, an denen früher Roseola oder rote Syphilide gesessen hatten. Dabei ist die Roseola des Halses viel häufiger, als gewöhnlich angenommen wird; sie ist aber zuweilen nur so schwach ausgebildet, daß sie vom Patienten, und auch wohl vom Arzt, übersehen wird. Das Wesentliche am Pigmentsyphilid sind die weißen, achromischen und hypochromischen Flecke; sie sind das Überbleibsel einer Roseola oder sonstiger sekundärer Formen (Papeln, Plaques u. s. w.), denn sie gleichen in Form und Größe genau solchen, ihnen vorausgegangenen Elementen. Das braune Netz, von dem die weißen Stellen umgeben sind, erklärt H. aus einer Prädisposition des Halses für Pigmentierungen aller Art. Über die pathologische Anatomie des Pigmentsyphilids läßt er sich nicht weiter aus; den Mechanismus der Verfärbung sucht er an der Hand der Giardschen Hypothese zu erklären. *Türkheim-Hamburg.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Band III. No. 20. 20. Oktober 1903.

Die Frage von den Quecksilberinjektionen, von Desesquelle-Paris. (Fortsetzung.) Verfasser bespricht eingehend die Publikationen von Pouchet und von Merget u. a., wobei er ausführliche Citate aus denselben anführt, um die Frage zu entscheiden, ob das Quecksilber im Körper auf dem Wege einer Verbindung als Peptonat oder Albuminat etwa seine Wirkung ausübt, oder aber einfach direkt unter feinster Verteilung des Hg in Substanz oder als Quecksilberdämpfe. Die letztere Art scheint ihm das wahrscheinlichste, und sein Schlußwort lautet: Es ist keineswegs bewiesen, daß die therapeutische Wirksamkeit eines Hg-Präparates in engem Zusammenhang stehe mit der Leichtigkeit seiner Überführung in freies Quecksilber im Organismus, wohingegen allerdings die Möglichkeit von schädlichen Einwirkungen des Mittels auf den Organismus während der zu dieser Überführung führenden Metamorphosen alle Berücksichtigung verdient. Also kann der Nachweis eines solchen Freiwerdens uns nicht als Kriterium dienen bei der Bevorzugung irgend eines bestimmten Präparates. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bollettino delle malatti veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle.

1903. No. 9.

An den Zweibund gegen die These „vom gesunden Sohne von syphilitischer Mutter", von Profeta. Einen ferneren Artikel in diesem sich nun seit längerer Zeit und in den verschiedensten Fachzeitschriften hinziehenden Streite zwischen

Profeta und seinen Gegnern Olgivie und v. Düring Pascha. Nachdem die medizinische Seite der Frage erschöpft zu sein scheint, sind die Kombattanten auf dem Boden der persönlichen Angriffe angelangt, machen sich gegenseitig lächerlich und sagen einander allerlei Liebenswürdigkeiten. Jede Partei hält an seinen Behauptungen je länger je fester, während sich der Leser vergebens nach dem wissenschaftlichen Gewinne umsieht, den dieser Streit bisher geliefert hat. *C. Müller-Genf.*

Bücherbesprechungen.

Die mikroskopische Technik, mit besonderer Berücksichtigung der Färbetechnik, von R. Ledermann-Berlin. (Alfred Hölder, Wien u. Leipzig 1903.) Die „Medizinische Handbibliothek", deren VI. Band das vorliegende Werk bildet, will vor allem den Bedürfnissen des praktischen Arztes gerecht werden. So hat sich auch Verfasser das Ziel gesteckt, dem wissenschaftlich arbeitenden Praktiker einen Leitfaden an die Hand zu geben, der ihn sicher auf seinen Ausflügen in das Gebiet der Histologie geleiten soll. Diese Aufgabe ist von dem Verfasser mit grofser Gründlichkeit und Sachkenntnis in anerkennenswerter Weise gelöst worden.

Bei der Eigenart des Stoffes, wo es sich zum Teil um aneinandergereihte Aufzählungen von Methoden handelt, lassen sich Längen, die den Leser ermüden, oft schwer vermeiden, doch wäre hier und da, unbeschadet des Ganzen, eine gewisse Kürze wohltuend gewesen. So ist das Kapitel über Fixierung und Härtung sehr reich bedacht und kaum eines der in Frage kommenden Gemische unerwähnt geblieben. Ein sehr grofser Raum ist ferner auch der Färbung des Elastins gewidmet, für dessen Darstellung aus älterer und neuerer Zeit nicht weniger als 16 verschiedene Verfahren angegeben werden. Den Bedürfnissen des praktischen Arztes wäre es auch nicht entgegen gewesen, wenn die Methoden zur Färbung der „Bacillen bei Syphilis" und der „Krebsparasiten" ganz weggeblieben wären.

Im grofsen und ganzen wird es dem Praktiker jedoch keineswegs schwer werden, aus der Fülle des Gebotenen das für sich Brauchbare auszuwählen, zumal die Anordnung des Stoffes eine recht übersichtliche ist.

Die Materie wird in zwei Teilen abgehandelt. Im ersten Teil wird das histologische Rüstzeug, das zu benötigende Instrumentarium, in klarer Weise geschildert, dann geht Verfasser nach Beschreibung der Untersuchung von Gewebsteilen in frischem Zustande auf die Fixierung und Härtung näher ein, woran sich direkt die Kapitel über das Schneiden und Färben der gehärteten Präparate anschliefsen. Mit einer Aufzählung der gebräuchlichen Farbstoffe und Bemerkungen über die vitale Färbung schliefst der mit gröfster Sorgfalt zusammengestellte erste Teil.

Der zweite Teil des Werkes wendet sich dann mehr der speziellen Seite des Themas zu und behandelt die mikroskopische Technik bei Untersuchung der einzelnen Gewebselemente. Es wird ausführlich die Technik der Färbung der Zellen und ihrer Kerne besprochen; danach die des Protoplasmas, des Bindegewebes, des Fettes, der Knochen und des Nervensystems. Dann folgt ein reichhaltiges Kapitel über die Färbung der Bakterien, in welchem man vielleicht beim Absatz Gonokokken gerne noch die Erwähnung der Unna-Pappenheimschen Methode der Protoplasmafärbung (Methylgrün-Pyronin) sähe, aus welcher Krzysztalowicz eine Formel für die Gonokokkenfärbung angegeben hat, die sehr schöne Bilder liefert. In dem Abschnitt,

welcher der mikroskopischen Untersuchung des Blutes gewidmet ist, könnte die Methode der Zählung der Blutkörperchen noch kurz gestreift werden. Ein Nachtrag über Silbermethoden zur Darstellung einzelner Elemente des Nervensystems beschliefst den zweiten inhaltreichen Teil des Buches.

Die äufsere Ausstattung ist die bekannte der „Mediz. Handbibliothek". Erwähnt sei noch, dafs in den 214 Seiten einnehmenden Text 24 Abbildungen eingestreut sind und sich am Schlusse fünf sehr gelungene Tafeln in Farbendruck finden, welche Originalpräparaten von Prof. Benda entstammen und von Else Meyer-Friedeberg gezeichnet sind. Ein ausführliches Sach- und Autorenregister fehlen ebenfalls nicht.

Da sich nicht nur der mikroskopierende praktische Arzt bei seinen histologischen Arbeiten, sondern auch der Spezialarzt und namentlich auch der Dermatologe aus dem besprochenen Buche zuverlässigen Rat holen kann, so wird dem fleifsigen Werke das nur zu wünschende allseitige Interesse sicher nicht fehlen.

Heinr. Rausch-Darmstadt.

Das Jahr neigt sich seinem Ende zu! Wenn wir es nicht schon wüfsten, würden wir es an den der Redaktion zugehenden Kalendern merken, als deren erster wiederum pünktlich, wie man es von diesem Verleger nicht anders erwartet, der Hirschwaldsche **Medizinal-Kalender** seine Visite macht. Wenn wir über dieses, jedem Praktiker unentbehrliche Buch noch etwas schreiben wollten, so könnten wir uns nur in Wiederholungen ergehen. Aber Empfehlungsworte hat dieses Werk gar nicht mehr nötig, es hat sich als klassisches Nachschlagewerk unter den Rivalen die führende Stelle erobert und wird sie wohl auch behaupten. Unser Wunsch, den wir ihm zum Jahreswechsel darbringen, ist der, dafs es auch immer so bleiben und er an der Spitze seiner Kameraden marschieren möge. *Die Redaktion.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Neue Quecksilbersalze zur Injektion, von L. Jullien und F. Berlioz-Paris. (*Bull. gén. thérap.* 30. Mai. 1903.) Der von den beiden Autoren neu in die Syphilistherapie als wirksam eingeführten Salze löslicher Natur sind vier an der Zahl. Das erste stellt ein Merkurkakodylat des Ammoniums vor, ein weifsgraues in Wasser leicht lösliches Pulver von 56% Merkurgehalt. Es wurde in 50 Fällen in der Dosis von 0,01—0,02, zuweilen bis 0,03 gut vertragen. Das zweite Präparat ist ein Chlor-Quecksilber-Ammonium mit 53% Merkurgehalt. Es ist wenig toxisch. Meerschweinchen vertrugen bis 0,02 auf ein Kilogramm ihres Gewichts ohne Störung. Es koaguliert kein Eiweifs und ist auch im chirurgischen Sinne zum Ersatz des Sublimats berufen. Subcutan oder intramuskulär injiziert ruft es keinerlei Schmerzen hervor. Das dritte Präparat, ein Oxychlorquecksilber ($HgO.2HgCl_2$) enthält 79% Merkur. Es ist in folgender Kombination zur Anwendung gelangt.

Hydr. oxychlor.	2,0
Ammon. chlor.	6,0
Aq. dest.	100,0

Das vierte Präparat ist ein gelbes Ammoniakquecksilberoxyd mit 92% Merkurgehalt. *Hopf-Dresden.*

Über Quecksilbereinspritzungen, von L. Jullien. (*Dax.* Paris 1903.) Jullien, welcher seit 1878 unausgesetzt für die Injektionstherapie der Syphilis eingetreten ist, gibt im vorliegenden Büchlein eine umfassende Übersicht über die verschiedenen Einspritzungsmethoden und die dabei verwendeten Präparate, sie kritisch durchgehend Ihre Wirkungsart und ihr therapeutischer Erfolg sind bekannt. Hervorgehoben werde noch die bestimmte These Julliens, daſs sich die Syphilis zur Zeit der Sklerose durch kräftige Kalomeleinspritzungen abortiv gestalten läſst. In weniger glücklichen Fällen wird ihr Verlauf jedenfalls deutlich an Intensität herabgesetzt. *Hopf-Dresden.*

Über Quecksilbervelopurin und einige andere mit Velopurin bereitete Salben, von Walther Rosenberg-Berlin. (*Forschr. d. Med.* 1903. No. 2.) Velopurin, ein von Apotheker L. Cohn hergestelltes Salbenpräparat, besteht aus 60—150 g chemisch reiner Ölseife (je nach der gewünschten Konsistenz der Salbe), die in 1000 g 96 %igem Alkohol gelöst werden. Diese Lösung wird filtriert und unter Zusatz von 50—100 g Ol. Olivar. zu einer homogenen Salbenmasse verrieben. Die so entstehende Salbe von der Konsistenz des Ungt. Paraffini ist durchaus haltbar und läſst sich auſserordentlich schnell ohne wesentlichen Rückstand auf der Haut verreiben. Zur Bereitung von Hg-Velopurin werden dieser Grundlage weitere 200 g Öl und 100 g Glycerin zugesetzt, weil das reine Velopurin sich zu schnell trocken reiben würde; dieser Mischung wird mit Lanolin. anhydric. abgetötetes Hg im Verhältnis 1 : 2 zugesetzt und die Inunktionen mit Portionen von 3 resp. 5 g vorgenommen. Das Präparat wurde bei 42 Patienten, bei 30 von ihnen längere Zeit angewendet. Die Wirkung auf Syphilis war der des Ungt. Hg ciner. gleich zu erachten; eingerieben wurde in der Weise, daſs das Präparat zuerst so lange in die Haut einmassiert wurde, wie es irgend zu verreiben ging. Der Rückstand wird mit wenig lauem Wasser verseift, der Schaum wieder zur Einreibung benutzt, und sofort, bis die Haut ganz sauber erscheint, abgesehen von einem ganz leichten, grauen Schimmer; Dauer der Inunktion ca. ½ Stunde. Für die gute Wirkung des Präparates spricht das Auftreten von Stomatitis in drei Fällen; bei vier Patienten sowie beim Verfasser selbst konnte man mit der Eschbaumschen Methode Hg im Urin deutlich nachweisen. Ein Patient vertrug Hg-Velopurin sehr gut, während er vorher zweimal bei Hg-Inunktionen eine äuſserst heftige Dermatitis bekommen hatte. Ein Patient bekam zwei Furunkel am Unterschenkel.

Gute Resultate wurden ferner erzielt mit 7 %igem Naphtol-Velopurin bei Scabies; die Versuche mit 10 %igem Chrysarobin-Velopurin bei Psoriasis verlaufen ungünstig. Hautstellen, die der Epidermis beraubt sind, dürfen nicht mit Velopurinsalbe behandelt werden, da es wegen seines Alkohol- und Seifengehaltes zu stark beizen würde.

Putsler-Danzig.

Quellsalzseifen bei Hautkrankheiten, von Bardach-Kreuznach. (*Therap. Monatsh.* Febr. 1903.) Die Kreuznacher jod- und bromhaltigen Quellsalzseifen kommen hauptsächlich in zwei Stärken zur Anwendung. Die schwächere, Jod-Brom-Sodaseife No. I genannt, enthält je 1,3 % Jodnatrium und Bromnatrium, ist bei allen milden Formen von Hauterkrankungen zu empfehlen, also z. B. bei leichter Akne, geringen Graden von Ichthyosis, bei Hyperhidrosis. Die stärkere Seife, verstärkte Jod-Brom-Sodaseife No. III genannt, enthält 2,6 % Jodnatrium, 1,3 % Bromnatrium und 4 % Natriumhydrat, ist also viel alkalischer, vermag daher eine intensivere keratolytische Wirkung auszuüben; sie eignet sich besonders zur Behandlung inveterierter Ekzeme, Psoriasis, schwereren Formen von Ichthyosis wie überhaupt allen Keratosen. Für Behandlung mykotischer Hautleiden wurde durch Zusatz von 3 % präzipitiertem Schwefel zur Seife No. I eine Jod-Brom-Soda-Schwefelseife geschaffen, ebenso für juckende Dermatosen eine entsprechende Teerseife durch Zusatz von 3 % Oleum cadinum. Als besonders reizlose Seife, namentlich für Kinder verwendbar, empfiehlt Ver-

fasser die Kreuznacher Basisseife. — Den Gebrauch der verstärkten Jod-Brom-Sodaseife glaubt Verfasser besonders bei Lupus erythematosus anraten zu dürfen.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Tannochrom und dessen Bedeutung für die externe Therapie, von J. W. Frieser Wien. (*Ärztl. Central-Ztg.* Wien 1902. No. 6 u. 7.) „Tannochrom", ein von Heil & Co. in Troppau hergestelltes Chromum oxydatum bitannicum resorcinatum (eine chemische Verbindung von Chromoxyd, Tannin und Resorcin, welches diese Komponenten im Verhältnis von 1/4 : 1 : 2 enthält), wird in zwei Formen in den Handel gebracht und zwar als Tannochromum liquidum (50 %) und als Tannochromum siccum. Das letztere eignet sich nach F. in erster Linie zu Wundverbänden vermöge seiner desinfizierenden und baktericiden sowie austrocknenden Eigenschaften; dabei ist es geruchlos, von milder und schmerzloser Wirkung. Verfasser verwandte es mit gleich ausgezeichnetem Erfolge bei Unterschenkelgeschwüren, die trotz vielfacher früherer Behandlung keine Tendenz zur Heilung zeigten, bei Brandverletzungen, bei tuberkulösen und luetischen Geschwüren, bei Ulcera mollia in Form von Pulver und nachfolgendem 5—10 %igem Salbenverband. Besonders gut wirkte es in 20—80 %iger Lösung zum Touchieren und Ätzen von Wucherungsprozessen im Nasenrachenraum, sowie bei hypertrophischen Schleimhautwucherungen; ferner bei Favus in Form von Pinselungen, bei nässenden Ekzemen als Salbe, bei Perniones als 5 %iges Kollodium. Ferner heilt ein Gumma der Zunge unter 10 %iger Tannochrompinselung (allerdings wurde gleichzeitig Hg verabreicht); zwei Fälle von Otitis media heilten in kurzer Zeit mit 1/4 %igen Tannochromeinspritzungen. Fistelgänge heilten ebenso unter Tannochromeinspritzungen in 1/4—1 %iger Lösung und Einlegen eines in 10 %iger Lösung getauchten Gazestreifens. Blennorrhoen in jedem Stadium, Fluor albus, Vulvovaginitis und sonstige blennorrhoische Affektionen, ferner eine Analfissur, entzündete und schmerzhafte Hämorrhoidalknoten wurden unter Tannochrombehandlung der Heilung bald zugängig gemacht. Endlich hat sich eine Kombination von Tannochrom mit Acid. salicyl. und Alumen plumos. bei lokalen Hyperhidrosen ausgezeichnet bewährt, kurzum, es gibt nach Verfassers Ansicht kaum eine der genannten Erkrankungen, bei welcher Tannochrom nicht Wunder verrichtete. *Putzler-Danzig.*

Über Thigenol, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Therap. Monatsh.* April 1903.) Das Thigenol ist eine konzentrierte Lösung der Natriumverbindung der Sulfosäure, eines synthetisch dargestellten Sulfoöles, in welchem 10 % Schwefel organisch gebunden sind; es ist dunkelbraun, von sirupartiger Konsistenz, geruch- und fast geschmacklos und stellt eine in Wasser, verdünntem Alkohol und Glycerin vollständig lösliche Flüssigkeit dar. Es trocknet auf der Haut sehr rasch zu einer nicht klebenden Decke und läfst sich leicht mit Wasser abwaschen. Es wirkt bei äufserer Anwendung gefäfsverengernd, entzündungsmildernd, resorptionsbefördernd und austrocknend und ist billiger als Ichthyol, auch stillt es den Juckreiz. S. wandte es in 124 Fällen an, von denen er einige ausführlich mitteilt. Die Wirkung einer 1/2—10 %igen Thigenolsalbe war besonders bei Ekzemen, die teilweise vorher jeder Therapie getrotzt hatten, sehr gut; auch bei Akne rosacea wirkte es günstig in Lösungen von 5—10 g Thigenol in Aq. dest. Spiritus ā 12,5, welche abends aufgepinselt wurden, Sykosis wurde durch 10—20 %ige Salbe günstig beeinflufst, während das Mittel bei Psoriasis versagte. Alles in allem hält S. Thigenol für ein brauchbares Mittel, besonders in der Behandlung der Ekzeme und seborrhoischer Zustände. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über den therapeutischen Wert des Thigenols, von Bianchini. (*Rif. med.* 1903. No. 16.) Das Mittel findet seine Indikation bei Blennorrhoe (1—2 %ige wässerige Lösungen), wo es die Sekretion, die Entzündung und die Zahl der Gonokokken herabgesetzt, sich aber als weniger wirksam erwiesen hat als andere bekanntere Medi-

kamente. Beim chronischen und akuten Ekzem wirkt es nicht allein gegen die Eruption, sondern ganz speziell gegen das Symptom Pruritus (als Pulver, 20—25%ige Salben, Aufpinselungen). Ebenso leistet es gute Dienste bei Leukorrhoe, Vaginitis, Endometritis catarrhalis. Vor dem Ichthyol hat es den Vorteil des höheren Schwefelgehaltes (10%). Es ist leicht löslich, geruchlos und verschmiert die Wäsche nicht.

C. Müller-Genf.

Die toxische Wirkung des Urotropins; Hämaturie und Hämaglobinurie als Folge von 0,45 g desselben, von Warren Coleman-New York. (*Med. News.* 29. Aug. 1903.) Wenn auch selten, so kann es immerhin vorkommen, dafs die Darreichung von Urotropin höchst schlimme toxische Folgen hat, wie eine eigene Beobachtung des Verfassers und acht weitere, aus der Literatur gesammelte Fälle lehren. Die Intoxikation, speziell Strangurie, kommt relativ häufig vor, wenn Urotropin nicht entsprechend gelöst wird. Die Entwicklung derselben ist nicht immer proportional der Höhe der Dosis, da die individuelle Empfänglichkeit für Urotropin eine sehr verschiedene ist. Zu den geringgradigen Vergiftungserscheinungen gehören: 1. Magenreizung, 2. Diarrhoe und Leibschmerzen, 3. masernähnlicher Ausschlag, 4. Kopfschmerzen, 5. Nierenreizung, zuweilen mit Albuminurie verbunden. Höhere Grade von Vergiftung sind Strangurie (Blasenreizung), die häufigste Art der Urotropinintoxikation, ferner Reizungserscheinungen in der Harnröhre, Hämaturie und Hämoglobinurie (acht Fälle von Hämaturie, einer zugleich mit Hämoglobinurie). Die toxische Wirkung des Urotropins ist nach Verfasser entweder erstens auf spezielle Empfänglichkeit des Individuums gegen die Formaldehydwirkung, oder zweitens auf abnorme Verteilung des Formaldehyds im Körper, oder drittens auf Freiwerden einer ungewöhnlichen Menge desselben zurückzuführen. Im allgemeinen verschwinden die toxischen Wirkungen des Urotropins vollständig innerhalb weniger Tage, nachdem mit dessen Verabreichung aufgehört wurde. *Stern-München.*

Yohimbin als Tonikum und Aphrodisiakum, von A. Kronfeld-Wien. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1903. No. 35.) Kr. erzielte bei zwölf Fällen von Impotenz 10 mal durch 3 mal tägliche Verabreichung von je 0,005 g Yohimbin nach kurzer Zeit gute Erfolge, ebenso bei einem Manne, der Abneigung gegen den Geschlechtsverkehr hatte, und einer jungen Ehefrau, der jegliche Libido sexualis fehlte. Das Yohimbin scheint tatsächlich ein gutes Mittel zu sein. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Angioneurosen.

Ein Fall von Skorbut, von Latour. (*Policlinique.* 1903. No. 9.) Bei einem achtjährigen, in guten hygienischen Verhältnissen lebenden Kinde, das vor zehn Monaten ein akutes Exanthem und vor einem halben Jahre eine schwere Diphtherie durchgemacht hatte, stellte sich ohne nachweisbare Ursache eine Entzündung des Zahnfleisches ein, die sich rasch zu einer schweren, charakteristischen Skorbut-Gingivitis steigerte. Gleichzeitig wurde das Kind appetitlos, sehr blafs und anämisch, die Lider schwollen ödematös an, das Gesicht erschien aufgedunsen. Während einiger Tage bestand in der Gegend der Malleolen eine leichte Schwellung und starke Schmerzhaftigkeit; Fieber war nicht vorhanden, der Urin enthielt kein Eiweifs. Kurze Zeit nach Beginn der Krankheit trat eine schwere Bronchopneumonie hinzu, die jedoch unter der Einwirkung feuchter Einpackungen und mehrfacher Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung rasch zur Heilung kam. Gleichzeitig besserte sich auch, anscheinend unter dem Einflusse der Injektionen, die Gingivitis; doch hielt diese Besserung nicht lange an. Auch die Anämie wurde noch stärker, aufserdem

entstanden am Abdomen, am Rücken und an der behaarten Kopfhaut, im subkutanen Bindegewebe, harte, erbsengroſse, schmerzhafte Tumoren, über welchen die Haut blaurot verfärbt war; Blutungen waren dagegen nirgends zu finden. Die antiskorbutische Behandlung konnte die Zunahme der Kachexie nicht aufhalten, auch der Zustand des Zahnfleisches wurde durch neuerdings vorgenommene Injektionen von Kochsalzlösung nicht beeinfluſst: nach sechswöchentlicher Krankheit trat der Exitus ein. Eine Ursache für diesen Fall von Skorbut war nicht zu finden. Der schlimme Ausgang ist wohl dadurch zu erklären, daſs der Organismus durch die beiden vorausgegangenen Infektionskrankheiten und die interkurrente Bronchopneumonie stark geschwächt und die Ernährung infolge der schweren Zahnfleischaffektion eine absolut ungenügende war. *Götz-München.*

Skorbut bei Kindern, von W. S. Colman-London. (*Lancet.* 15. Aug. 1903.) C. betont hauptsächlich den Nachteil der künstlichen Nährpräparate bei Kindern im Säuglingsalter als ätiologisches Moment bei der Entstehung von Skorbut.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von schwerer Purpura haemorrhagica; Werlhoffsche Krankheit, von Ladevèze. (*Lyon méd.* 1903. No. 16.) Beschreibung eines Falles von Purpura haemorrhagica bei einem 30jährigen, kräftigen Mann, der früher schon oft und leicht aus der Nase geblutet hatte. Die Krankheit, in deren Verlauf es zu starken Blutungen aus den verschiedensten Organen kam, führte nach 26tägiger Dauer zum Exitus; eine Ursache für ihr Auftreten war nicht zu eruieren. Das neben den bisher gebräuchlichen Mitteln innerlich und äuſserlich angewandte Adrenalin erwies sich als vollständig wirkungslos. *Götz-München.*

Zur Kenntnis der Purpura haemorrhagica, von Alois Pick. (*Wien. klin. Rundsch.* 1903. No. 18.) Fünf interessante, zum Teil sehr schwere Fälle von Purpura haemorrhagica resp. Peliosis rheumatica. Therapeutisch scheint eine Zitronenabkochung ganz gut zu wirken. Es werden zwei bis sechs Zitronen täglich verbraucht; die Schale wird mitgekocht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Purpura fulminans, von G. Ogilvie- (u. T. M. Barlet-)London. (*Lancet.* 20. Juni 1903.) Ein 16jähriger Knabe, sonst gesund, aber mit einer Vorgeschichte von Erscheinungen von Haemophilie, erkrankte im Anschluſs an ein kaltes Flussbad mit einem dichten Purpuraausschlag, der ganz vorwiegend die linke Körperhälfte einnahm. Die Flecke variierten zwischen Stecknadelknopf- und Markstückgröſse, und auch die sichtbaren Schleimhäute waren affiziert. Im weiteren Verlauf traten intensive Blutungen aus der Nase und dem Magen auf, welche etwa 14 Tage lang das Leben bedrohten. Tamponade der Nase mit in Adrenalinlösung getränkter Gaze nebst Verabreichung von 1,2 g des Medikamentes per os, ferner Calcium-Chlorid (0,6 alle vier Stunden), Ol. terebinthinae, Eis und Hazeline führten schlieſslich Heilung herbei. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Henochscher Purpura, von Otto Rommel. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. No. 33.) Das Krankheitsbild der Henochschen Purpura ist dadurch charakterisiert, daſs zu einer Purpura mit Gelenkschwellungen noch heftige Abdominalerscheinungen treten mit Erbrechen, Darmblutung, Kolik und Tenesmen, welche die Szene beherrschen, und daſs die Krankheit mit Exacerbationen und Remissionen verläuft. Es kommt zu mehrtägigen, wöchentlichen, selbst einjährigen Intervallen, worauf ein neuer Anfall unter Fieber einsetzt, so daſs die Fieberkurve an eine „Intermittens" erinnert. Einen solchen Fall bei einem dreijährigen Knaben schildert Verfasser. Wenige Wochen nach der Krankheit des Kindes erkrankte in leichterer Form auch die Mutter, die die Pflege besorgt hatte.

Bernhard Schulze-Kiel.

Purpura (Peliosis) rheumatica mit fäkalem Erbrechen, von J. E. Judson-Ashtonunder-Lyne. (*Lancet.* 19. Sept. 1903.) Ein 17jähriger Bursche, welcher seit zehn Tagen an rheumatischen Beschwerden gelitten hatte, zeigte bei der Aufnahme neben Erscheinungen einer Darmverlegung (Erbrechen von galligen und fäkalen Massen) an beiden Unterschenkeln und Vorderarmen einen ausgesprochenen Purpuraausschlag. Genesung. Wie sich Verfasser den Zusammenhang vorstellt, wird nicht gesagt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einen Fall von Werlhoffscher Krankheit, welcher einen Petechialtyphus vortäuschte, beschreibt E. Malincolico. (*Il Morgagni.* 1903. No. 5.) Der Verlauf war ein sehr schwerer; es wurden hohe Temperaturen notiert, mit Blutungen aus den Nieren, in die Gelenke etc., dagegen fehlten schwere Erscheinungen von seiten des Nervensystems, aus welchem Grunde der Verfasser die Diagnose von Petechialtyphus ausschlofs. Die 25jährige Patientin gesundete ziemlich rasch nach Anwendung einer Ergotintherapie. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Ödem des Gesichts, von Geoghegan. (*Brit. med. Journ.* 21. Febr. 1903.) Ein 30jähriger Gärtner bekommt seit einiger Zeit ohne erkennbare Ursache eine Schwellung im Gesicht, die besonders stark Kinn und Lippen trifft. Auch die Zunge ist geschwollen. Das sonstige Befinden ist gut. Der Urin ist klar und eiweifsfrei. Nur leidet der Patient jedesmal, wenn die Attacke eintritt, an einer Dyspepsie. Verfasser glaubt, dafs diese wahrscheinlich in einem ursächlichen Zusammenhange mit dem Gesichtsödem stehe. *C. Berliner-Aachen.*

Ödem des Gesichts, von T. Churton. (*Brit. med. Journ.* 7. März 1903.) Der Verfasser erzählt folgenden Fall: Ein Kaufmann zu Harrogate, der sein Geschäft und Bureau in Leeds hatte, bekam jedesmal etwa eine halbe Stunde, nachdem er das Bureau betreten, eine starke, schmerzhafte Schwellung der Unterlippe. Der Speichel träufelte beständig aus dem Munde und verhinderte den Patienten an der Arbeit. In der Wohnung daheim zu Harrogate verschwanden allmählich die Erscheinungen. Eine Untersuchung des Hauses, in welchem sich das Bureau befand, ergab, dafs ein Abzugskanal ein Leck hatte. Als dasselbe beseitigt wurde, hörten die Attacken auf.
C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von allgemeiner Lymphstauung der Haut (Stauungsödem) nach Vereiterung des gröfsten Teils der regionären Lymphdrüsen, von Arnold Sack-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 37.) Bei einem Manne, der zur Zeit der von S. vorgenommenen Untersuchung 31 Jahre alt war, waren im Laufe von 24 Jahren etwa 29 Lymphdrüsen der oberflächlichen Regionen spontan vereitert. Die erste Drüsenerkrankung war ungefähr im sechsten Lebensjahre am Hals und Kopf aufgetreten; seitdem sah das Gesicht des Patienten auffallend gedunsen aus. Seit der Vereiterung der Leistendrüsen waren auch die Genitalien sehr dick geworden; die Schwellung hatte hier in der letzten Zeit rapid zugenommen. Vor etwa einem Jahre waren Drüsenreste entfernt und ein bestehender Fistelgang ausgekratzt worden; fünf Monate später hatte sich an den Genitalien ein Erysipel gezeigt, das seitdem alle paar Monate rezidivierte. Auch im Gesicht war bereits siebenmal Erysipel aufgetreten, das erste angeblich schon im neunten Lebensjahre. S. fand bei der Untersuchung am ganzen Körper eine auffallende Schwellung und Sukkulenz der Haut und des subcutanen Gewebes, verursacht durch starke Durchtränkung mit gestauter Lymphe. Besonders aufgedunsen erschienen das Gesicht, die Brüste und die Umgebung des Penis und des Skrotums. Das Präputium und die ganze Haut des Penis waren hypertrophisch und knorpelhart; das Skrotum zeigte das bekannte Bild eines sogenannten „Lymphskrotums". Der Fall beweist, dafs bei Verödung des ableitenden Lymphgefäfsapparates der Haut trotz der Integrität der venösen Stämme Stauungsödem in der

Haut auftreten kann und muſs, daſs also die oberflächlichen Lymphdrüsen für die Lymphbewegung eine durchaus nicht zu unterschätzende Bedeutung haben. Die Lymphdrüsen stellen ferner für die organisierten Gifte (Bakterien) Schranken dar, nach deren Wegfall die eingedrungenen Mikrobien sich ungehindert ausbreiten und einnisten und ihre pathogene Tätigkeit entfalten können; so läſst sich das Auftreten der zahlreichen Erysipele in diesem Falle erklären. *Göts-München.*

Kongenitales Ödem einer Oberextremität, von F. J. Collet und Maurice Beutter-Lyon. (*Lyon méd.* 1903. No. 14.) Die Verfasser entdeckten durch Zufall an der linken Oberextremität einer 27jährigen Frau ein Ödem, das der Anamnese zufolge von Geburt an bestand. Die vollkommen gleichmäſsige, weich-elastische ödematöse Schwellung war besonders an der dorsalen Fläche der Hand, an den ersten Phalangen der Finger und am Vorderarm sehr stark. Über dem Handgelenk war das Odem sehr gering, so daſs Hand und Vorderarm durch eine tiefe Furche getrennt waren. Vom Oberarm war nur die untere Hälfte ergriffen. Die Muskelkraft war erhalten, Schmerzen, Druckempfindlichkeit, Sensibilitätsstörungen, Drüsenschwellungen waren nicht vorhanden. In der Länge beider Oberextremitäten bestand keine Differenz. Die Affektion gehört zweifellos zu der Gruppe von chronischen Ödemen, die zuerst Meige im Jahre 1899 unter dem Namen „Trophödem" beschrieben und als myelopathische Bindegewebshypertrophie erklärt hat. Die meisten bisher veröffentlichten Fälle von Trophödem sind in der Pubertätszeit entstanden, angeborene Trophödeme sind nur ganz wenige bekannt. Ob für den hier beschriebenen Fall die von Meige angegebene Pathogenese zutrifft, oder ob es sich um die Folge einer Schilddrüsenveränderung handelt, lassen die Verfasser unentschieden. Allerdings ist klinisch an der Schilddrüse der Patientin nichts Abnormes zu finden, aber das beweist noch nicht, daſs die Drüse wirklich gesund ist. Jedenfalls soll die Kranke einer Thyrioidinbehandlung unterzogen werden. *Göts-München.*

Über traumatisches Ödem des Handrückens, von Borchard - Posen. (*Med. Blätter.* 1903. No. 13.) B. berichtet über einen Fall von sehr hartnäckigem, traumatischem Ödem des Handrückens, der durch einen Fall auf die rechte Hand entstand. Die Schwellung begann etwas oberhalb des Handgelenks, allmählich zunehmend, bis sie auf der Höhe des Handrückens am stärksten war. Die Finger sind deutlich und gleichmäſsig an der Schwellung beteiligt. Die Hand fühlt sich kühler an, die Haut zeigt keine Faltungen und ist an einzelnen Stellen bläulichrot verfärbt. Fingerdruck bleibt nicht bestehen; man hat nicht das Gefühl des weichen Ödems, sondern einer festen, derben Schwellung. Gelenke und Knochen der Hand auf Druck schmerzhaft. Unterarmknochen unverändert. Handgelenk normal. Das Röntgen-Bild zeigte keinerlei Verletzung der Knochen, dagegen waren die Unterarmknochen in der Nähe des Handgelenks viel heller und durchsichtiger als im normalen Zustand. Die Behandlung bestand, da die Massage eine Verschlimmerung des Zustandes herbeiführte, in Anwendung von heiſsen Luft- und Schwitzkastenbädern bis zu 80 Grad. Besserung des Zustandes äuſserst gering.

Bemerkenswert ist die Veränderung an den Knochen, welche Sundeck als akute, entzündliche Knochenatrophie beschrieben hat; die Phalangennerven, breit, dick, trugen hier nur einen schmalen, dunklen Streifen an beiden Seiten, während die Mitte des Knochens auffallend breit und heller erschien, das Zeichen der vorhergegangenen Atrophie. Zurückzuführen sind diese Erscheinungen in letzter Linie auf Alterationen der kleinen Gefäſse. Durch die starke Quetschung kommt es zum Austritt von Flüssigkeit zwischen die Gewebe, und diese Flüssigkeit behindert die Zirkulation. Da es sich um eine stärkere Läsion der Lymphbahnen bei der Verletzung handelt, wird das Resorptionsvermögen also geschädigt, weshalb bei stärkerer Arbeit und auch bei der

Massage die Schwellung zunimmt; und dies erklärt auch die Schwierigkeit der Behandlung. *Putzler-Danzig.*

Das Protargol in der Therapie der Unterschenkelgeschwüre, von LAJOS MARKOVICS-Budapest. (*Med. Blätter.* 1908. No. 13.) M. empfiehlt zur Behandlung von Unterschenkelgeschwüren das Protargol, und zwar in Form von 10%igem Protargol-Glycerin — zu Einpinselung oder Dunstverbänden — oder bei sehr grofsen Geschwüren als 10%ige Protargolpaste, und hebt die gut desinfizierende, stark austrocknende und gut narbenbildende Wirkung hervor. Schmerzhaftigkeit gering, 1—2 (!) Tage andauernd. *Putzler-Danzig.*

Die QUINKEsche Krankheit, von BASTOGI. (*Riv. crit. di Clin. med.* 1908. No. 32.) Der Verfasser kommt zum Schlusse, dafs man das angioneurotische Ödem von QUINKE als eine krankhafte Erscheinung zu betrachten hat, welche mit besonderen Diathesen verbunden ist, mit Störungen von seiten der Verdauungsorgane, als eines jener zahlreichen reflektorischen Phänomene, die auf eine Intoxikation zurückzuführen sind, oder irgend einer anderen Intoxikation, die sich auf einem hereditären, auf andere Weise prädisponierten Boden entwickelt hat. (Wir wüfsten also über die Pathogenese der Affektion ungefähr soviel als vorher. D. Ref.)

C. Müller-Genf.

In der Diskussion über einen Vortrag KROENIGS über **die mechanische Behandlung des Haut- und Höhlenhydrops** (Verein für innere Medizin in Berlin, Sitzung vom 2. März 1908) erkennt FÜRBRINGER die Vorzüge der KROENIGschen Punktionskanüle auf Grund eigener Erfahrungen an. Der Wert beruht in der konischen Form, die eine feste Lagerung und einen Abschlufs der Einstichöffnung begünstigt. Das gleiche bezweckte FÜRBRINGER mit seiner Schlauchdrainage, bei der aufserdem statt unnachgiebigen Metalle weiches Material zur Vermeidung von Reizungen der Wunde gewählt wurde. Vergleichende Untersuchungen haben indessen FÜRBRINGER von der Überlegenheit des KROENIGschen Verfahrens überzeugt; er ist deshalb neuerdings wieder zur Metallkanüle zurückgekehrt, hat aber das bei der Schlauchdrainage verwandte Prinzip der Tunnelierung beibehalten. Die Nadel wird in die Haut ein- und wieder ausgeführt, auf die Spitze ein abgeschrägter Kork gesetzt und auf das olivenförmige andere Ende der Abflufsschlauch gezogen. Keiner von allen empfohlenen Apparaten vermag einen unbedingten Schutz gegen Wundinfektion zu bieten. Trotz aller Vorzüge der Apparate mufs FÜRBRINGER sagen, dafs die ganze mechanische Ödembehandlung im allgemeinen noch etwas unsicher wirkt. — LITTEN erklärt, nach seinen Erfahrungen seien die Skarifikationen allen anderen Methoden überlegen; er betont, dafs sie überall anwendbar seien, auch am Penis und Skrotum. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. No. 14.) *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Im Verein für innere Medizin in Berlin (Sitzung vom 2. März 1908) spricht B. BENDIX **„zur Ätiologie der Urticaria im frühen Kindesalter"**. Er demonstriert einen Knaben von 13 Monaten, bei dem eine ausgesprochene Idiosynkrasie Eiern gegenüber besteht, die sich in dem Auftreten einer typischen Urticaria des Gesichts äufsert. Die Mutter des Kindes wurde auf die Idiosynkrasie aufmerksam, nachdem zweimal (im Alter von vier und von sieben Monaten) ein solcher Nesselausschlag aufgetreten war, als sie zur Bekämpfung eines leichten Darmkatarrhs dem Kinde mit Eiweifs abgespülte Schleimsuppe verabfolgt hatte. Spätere Versuche, das Ei neben der Milch als Nahrungsmittel zu reichen, hatten stets denselben Effekt, gleichgültig, in welcher Form das Ei gegeben wurde. Der Vortragende konnte seinen Zuhörern die Urticaria experimentell vorführen; die Eruption erfolgt regelmäfsig wenige Minuten nach der Einverleibung und dauert etwa 20 Minuten an. Dieser ungewöhnliche Fall gibt dem Vortragenden Veranlassung, darauf hinzuweisen, dafs es

vielleicht empfehlenswert wäre, in Fällen von chronischer Urticaria mit unklarer Ätiologie probeweise die Eiernahrung für einige Zeit völlig auszusetzen. — In der Diskussion berichtet Albu über einen von ihm beobachteten ganz ähnlichen Fall bei einem Kinde, der sich von dem vorgestellten nur darin unterschied, dafs die auf den Eigenufs folgende Hautkrankheit ein Erythema exsudativum bullosum war. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 14.) *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Über Pellagra mit Berücksichtigung ihres Vorkommens im südlichen Teile der Bukowina, von Max Würzel. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. No. 8.) Eine Besprechung der Pellagra mit einem kurzen Bericht über 144 in Suszawa in 15 Jahren beobachtete Pellagrakranke. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Lokalisation der Aspergillussporen in den Mesenterialdrüsen der Pellagrakranken, von C. Ceni. (*Centralbl. f. allg. Pathol.* Bd. XIV. No. 12.) In 21 von 28 Pellagrafällen hat Verfasser bald Aspergillus fumigatus und bald Aspergillus flavescenz, besonders in den fibrinösen Exsudaten der Pleura, des Pericards, der Meningen, seltener in Leber und Milz, niemals im Darm, nachweisen können. Bei einem weiteren Fall fand er kulturell Sporen des Aspergillus fumigatus, aber nur in den Mesenterialdrüsen und in sehr abgeschwächter Form. Letzterer Umstand lehrt, dafs negativen Resultaten der Züchtung nicht ohne weiteres Bedeutung beizulegen ist, da ja die Sporen so geschwächt sein können, dafs sie nicht mehr entwicklungsfähig sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Symmetrische Gangrän (Raynaud's) und Endarteritis obliterans, von James Dudley Morgan-Washington. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 1902. No. 22.) Echte Raynaudsche Gangrän ist eine sehr seltene Erkrankung; viele Fälle, die als solche bezeichnet werden, erweisen sich bei genauerer Untersuchung als durch Endarteritis obliterans verursacht. Verfasser teilt einen Fall von Gangrän infolge von Endarteritis mit und einen anderen, sehr eigentümlichen Fall, der seiner Ansicht nach am ehesten als Raynaudsche Krankheit aufzufassen ist. Es handelte sich hier um eine 35jährige Waschfrau, die ganz akut mit Erbrechen und Parästhesien an Händen und Füfsen erkrankte, und bei der nach wenigen Tagen gleichzeitig an allen vier Extremitäten Erscheinungen von Gangrän auftraten. An den Finger- resp. Zehenspitzen beginnend, dehnte sich die Gangrän mehr und mehr aus, ging an den Beinen bis zur Mitte der Unterschenkel, an der rechten Hand bis über das Handgelenk; an der linken Hand blieb sie auf die Spitzen dreier Finger beschränkt. Erscheinungen von seiten der inneren Organe fehlten. Die Untersuchung des Herzens ergab ein systolisches Geräusch an der Aorta, die fühlbaren Arterien waren weich und kompressibel. Nachdem die Demarkation eingetreten war, wurde die Amputation beider Unterschenkel und der rechten Hand vorgenommen; lokale Behandlung der linken Hand. Die Heilung der Wunden verlief ungestört. — Die anatomische Untersuchung eines Beines ergab völligen Verschlufs der hinteren, fast völligen Verschlufs der vorderen Arteria tibialis durch organisierte Thrombusmassen ohne Verdickung der Intima. — An den Venen und einigen kleinen Arterien war dagegen die Intima verdickt. An den Nervenstämmen fanden sich keine Veränderungen. Die Ätiologie des Falles blieb völlig unklar. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Traumatische Entzündungen.

Interessanter Beitrag zum Kapitel der Verbrennungen. (*Die med. Woche.* 1903.) Der ungenannte Verfasser führt aus einer russischen Zeitschrift zwei Mitteilungen von Wassiljew über schwere Verbrennungen über ein Drittel der Körperoberfläche an, die beide heilten. Die Therapie bestand zuerst in Bleiwasserumschlägen,

dann in täglicher Applikation einer anfangs 5%igen, später 10%igen Xeroformsalbe. Das Xeroform bewährte sich vorzüglich in beiden Fällen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über einen Fall von Verbrennung von enormer Ausdehnung mit Ausgang in Heilung, von K. Jegormin. (*Allg. med. Centralztg.* 1903. No. 35.) Ein 22jähriger Heizer hatte eine starke Verbrennung; das Gesicht, beide Hände, Brust, Bauch, Rücken, beide Fufssohlen, kurz der ganze Körper mit Ausnahme der Ober- und Unterschenkel boten eine einzige Verbrennung zweiten Grades dar. Unter kräftiger Diät und Pinselungen mit reinem Thiol. liquidum erfolgte Heilung in vier Wochen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die auf dem Lande übliche Behandlung der Verbrennungen mit pflanzlichen Mitteln, von Liégois. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 28.) L. hat sich selbst oft davon überzeugt, dafs die Schmerzen bei Verbrennungen ersten Grades durch das Auflegen einer rohen, zerstofsenen, mit etwas Salz bestreuten Zwiebel oder einer frischen, zerstofsenen Wurzel von Lymphytum officinale (Schwarzwurz, Beinwell) sehr rasch gestillt werden. Ambroise Paré empfahl bei Verbrennungen zweiten und dritten Grades nach Eröffnung der Blasen zerstofsene, in gesalzenem Nufsöl gekochte Hollunder- und Attichblätter aufzulegen. Linderung der Schmerzen und Beförderung der Vernarbung wird erzielt durch Auflegen der frischen inneren Rinde junger Hollunderstengel; dieselbe kann auch, mit der sechsfachen Menge Hanfsamen- oder Johanniskrautöl zu einer Salbe eingekocht, angewendet werden. Ambroise Paré empfahl ferner zerstofsene, mit Salz bestreute Salbeiblätter; auch eine aus verblühten, frischen Salbeispitzen mit Schweineschmalz hergestellte Salbe soll gute Dienste tun. Eine Pflanzensalbe, die L. oft empfiehlt, wird hergestellt, indem man je 5 g frische Blätter und Blüten von Geranium Robertianum und Verbena officinalis, dann je 5 g verblühten Thymian, Salbei und Majoran zusammen mit der Zwiebel einer weifsen Lilie und 250 g Schweineschmalz 35—40 Minuten lang kocht, dann das Ganze ausdrückt und durchseit. Diese Salbe wird gewöhnlich auf Efeublätter aufgestrichen und aufgelegt. Auch der frisch ausgedrückte Saft der Efeublätter gilt für sehr wirksam; er wird mit Gänsefett zu einer Salbe eingekocht und so auf Brandwunden appliziert. Ein vorzügliches Mittel, welches die Schmerzen bei Verbrennungen augenblicklich beseitigt und die Narbenbildung ungemein befördert, ist ein Balsam, der hergestellt wird, indem man 4 g frische Wurzel von Aristolochia (Osterluzei) mit 250 g Nufs- oder Hanfsamenöl und 250 g Rotwein bis zur vollständigen Verdampfung des Weins kochen läfst. Endlich werden auch ölige Macerationen von Brennesselblüten, Hauswurzblätter (Sempervivum tectorum) oder Ophioglossuslaub empfohlen. Die Wirkung des Laubes von Ophioglossus, einer Farrenkrautart, wurde schon von Bayle gerühmt.

Götz-München.

Über die Behandlung der Brandwunden mit Ichthyol, von Hugo Goldmann-Bamberg. (*Wien. med. Presse.* 1903. No. 9.) Verfasser empfiehlt das Ichthyol zur Behandlung von Brandwunden in einem Artikel, der nichts wesentlich Neues enthält.

Putzler-Danzig.

Die forensische Beurteilung der sog. Röntgenverbrennungen, von G. Holzknecht. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. IV. No. 4.) Auch in diesem Schlufsteil werden verschiedene Fälle von Röntgenverbrennungen, die ein gerichtliches Nachspiel hatten, wo der Arzt zum Teil freigesprochen, zum Teil verurteilt wurde, angeführt und von dem als Sachverständigen für das medizinische Röntgenverfahren am Landgericht in Strafsachen in Wien tätigen Verfasser epikritisch in interessanter und lehrreicher Weise besprochen. (Anfang s. Bd. XXXVII, S. 68 *dieser Zeitschrift.*)

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein neues Material zum Schutze der gesunden Haut gegen Röntgenlicht, und über radiologische Schutzmafsnahmen im allgemeinen, I. Teil, von G. Holzknecht und R. Grünfeld-Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 28.) Die von den Verfassern angestellten Versuche haben ergeben, dafs Bleiblech von 0,25 mm Stärke das beste und verläfslichste Material zum Schutze der gesunden Haut gegen Röntgenlicht ist. Doch besitzt dieses Bleiblech eine Reihe von störenden Eigenschaften, die seiner Verwendung im Wege stehen; das anfangs glatte und plastische Stück ist schon nach kurzem Gebrauch ganz verknittert, da die kleinen Biegungen sich nicht wieder glätten lassen. Dadurch wird die Reinigung aufserordentlich erschwert und die Plastizität stark vermindert, aufserdem entstehen aus den Knickungen und Rippen alsbald Löcher und Brüche. Nach mancherlei Versuchen nun ist es den Verfassern gelungen, all diesen Übelständen in relativ einfacher Weise durch Überziehen des Bleibleches mit dünnen Kautschuklamellen abzuhelfen. Mittels eines neuen Verfahrens wird der Kautschuk am Blei zum Haften gebracht und bei der nachträglichen Vulkanisation die Oxydation des Bleis verhindert; die so gewonnenen Kautschukbleiplatten haben alle Vorteile, aber nicht die Nachteile des reinen Bleibleches; insbesondere knittern sie nicht und können leicht und exakt gereinigt, gewaschen und auf jede beliebige Weise sterilisiert werden. Sie haben sich den Verfassern in halbjährigem Gebrauche (bei ca. 1200 Bestrahlungen) nach jeder Richtung bewährt.

Götz-München.

Erkrankung der Arbeiter in der P.schen Asphaltpappe-Fabrik. Ein Beitrag zu den Gewerbekrankheiten, von Rump-Recklinghausen. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1903. No. 7.) R. beobachtete an vier in einer Asphaltpappe-Fabrik beschäftigten jugendlichen Arbeitern innerhalb drei Wochen folgende gleichartige Krankheitserscheinungen: mehr oder weniger ausgebreitete Gelbfärbung der Körperhaut, stark entzündliche, der Verbrennung ähnliche Reizerscheinungen im Gesicht, Hautausschläge (Teerakne), welche sich in stärkerer oder geringerer Ausdehnung in den Haarfollikeln der Haut etablierten. R. führt die Krankheitserscheinungen auf die der kochenden Teermasse reichlich entsteigenden gelblich-grünen Dämpfe, die nicht genügend abgeleitet wurden und so sehr intensiv auf den Körper einwirkten. *Putsler-Dansig.*

Löwenbach stellte in der Sitzung vom 20. März 1903 der Ärztegesellschaft in Wien (*Med. Blätter.* 1903. No. 17) einen Patienten vor, der an einer **gewerblichen Berufserkrankung der Gerber** litt. Am Mittelfinger der linken Hand, inmitten leicht mazerierter, gelblich-rot verfärbter Umgebung fand sich ein wie mit einem Locheisen ausgeschlagener, scharf begrenzter, bohnengrofser Substanzverlust mit glatter, hellrot glänzender Basis und leicht speckigem Belag, von ovaler Kontur, ohne irgend welche Reaktionserscheinungen an den scharfen, steilen Rändern; einige kleinere, ebenfalls oval und kreisförmig konturierte ganz gleiche Substanzverluste fanden sich zum Teil in Überhäutung begriffen an den übrigen Fingern beider Hände. Die Franzosen bezeichnen die Affektion als „Pigeon", „Rossigiol", „Perdrix", in Deutschland heifst sie „Stieglitz". Hervorgerufen ist sie nach L. durch eine Ätzung mit Kalkartikelchen, welche leicht entstehen kann, da die Hände der Gerber nicht nur, sondern auch der Maurer, Stukkateure, Gips- und Kalkarbeiter durch dauernde Wassereinwirkung sich in einem stetigen Mazerationszustand befinden. *Putsler-Dansig.*

Ein Fall von Bromoderma ulcerosum, von R. Ledermann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. No. 28.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 20. Mai 1903 stellte L. einen siebenjährigen Knaben aus der Praxis des Dr. Ritter mit starkem Bromakne vor. Der Knabe war wegen Keuchhustens mit Bromoform behandelt, bis sich plötzlich mehrere grofse Hautulcera zeigten, die als Erscheinungen des Broms diagnostiziert wurden, worauf natürlich die Verabreichung dieses Mittels

unterblieb. In der Diskussion fügt Ritter hinzu, dafs ihm bei 4000 mit Bromoform behandelten Kindern nur siebenmal eine Nebenwirkung auf der Haut begegnete, und zwar nie in so starker Weise wie im vorliegenden Falle. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Jodexanthem, von J. H. Sykes. (*Brit. med. Journ.* 9. Mai 1903.) Der Verfasser wurde am 14. April 1903 eiligst zu einem zwölfjährigen, angeblich sterbenden Mädchen gerufen. Dasselbe zeigte im Gesichte, an den Händen und auf dem Rücken einen Ausschlag, der aus harten Papeln bestand. Einige derselben entwickelten sich bereits zu Bläschen und waren von einem entzündlichen, roten Hof umgeben. Die Mundhöhle und andere Körperstellen waren frei. Die Temperatur war nur wenig erhöht; Kopfschmerzen und Rückenschmerzen fehlten ganz. Da der Ausschlag in mancher Beziehung an Pocken erinnerte, so wurde die Patientin isoliert und das Haus in Quarantäne erklärt. Ein genaueres Befragen über den Beginn der Erkrankung stellte fest, dafs die Patientin gegen ihre Bleichsucht Jod erhalten hatte, und dafs schon am nächsten Tage die ersten Anzeichen des Ausschlages sichtbar waren. In vier Tagen bildeten die Effloreszenzen sich wieder zurück und verschwanden schliefslich ohne jede Narbenbildung. Die Patientin war übrigens ein Jahr zuvor revacciniert worden. *C. Berliner-Aachen.*

Karbolgangrän durch Karbolwasserumschlag, von Romeick-Mohrungen. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1903. No. 4.) R. teilt einen neuen Fall von Karbolgangrän des rechten vierten Fingers mit, hervorgerufen durch Umschläge mit „Karbolwasser", und weist darauf hin, dafs derartige Unglücksfälle auch fernerhin nicht zu den Seltenheiten zu zählen sein würden, solange die Abgabe von „Karbolwasser" (3 %) nicht den Bestimmungen über den Verkehr mit Giften unterliegen. *Putzler-Danzig.*

Dermatitis toxica, hervorgerufen durch Rhus vernicifera, von Andreas Buraczinski. (*Therap. Monatsh.* März 1903.) Dafs auch andere Arten der Familie Rhus aufser R. diversiloba, Toxicodendron und venenata eine Vergiftung hervorrufen können, lehrt des Verfassers Beobachtung an einem Gärtner, der, mit dem Umbauen und Einsammeln von Rhus vernicifera, dem japanischen Firnisbaum, beschäftigt, am gleichen Tage an einer heftigen Dermatitis erkrankte. Die Entzündung ergriff Gesicht und Hals, die Hände und Vorderarme und die Haut der Genitalien. Heilung bei indifferenter Behandlung in 14 Tagen. Auch hier ist die Erkrankung wohl auf die in der Luft herumfliegenden Härchen zurückzuführen.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Neurotische Entzündungen.

Über einige nervöse Hauterkrankungen und deren Behandlung, von Max Joseph. (*Wien. klin. Rundschau.* 1903. No. 28.) Zwischen den verschiedenen Arten des Juckens und den sekundären Folgezuständen besteht ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis. Das Kratzen bei Scabies, bei Prurigo ruft Ekzeme hervor, während es beim Lichen ruber planus immer nur wieder Licheneffloreszenzen erzeugt. Beim primären, nervösen Pruritus fehlt auch jede Neigung zur Ekzematisation. Andere Pruritusarten gehen mit Lichenifikation (Lichen chronicus simplex; Neurodermitis chronica circumscripta) einher. Diese Form rezidiviert gern und breitet sich oft über gröfsere Teile der Körperoberfläche aus.

Zur Bekämpfung des Juckens empfiehlt Verfasser in erster Reihe das Bromokoll, besonders das Bromocollum solubile, hergestellt durch Zusatz von Borax. Am besten ist die Schüttelmixtur:

Bromocoll. solubile 5,0—20,0
Zinc. oxyd.
Amyl. aa 20,0
Glycerin. 30,0
Aq. dest. ad 100,0
Ds. Schüttelmixtur.

Sehr gut ist das Ung. caseini c. Bromocoll. solubile (10%), besonders bei Pruritus vulvae et ani. Urticaria, Strophulus sind weitere Anwendungsgebiete für Bromokoll. — Innerlich gibt man Menthol:

Menthol 0,1
Ol. amygd. dulc. 0,25
Mds. No. 30 in caps. gelatin.

Bromokoll-Pflastermull und Bromokoll-Trikoplast sind für Lichen ruber verrucosus, Lichen simplex, stark juckende, infiltrierte, chronische Ekzeme geeignet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zwei Fälle chronischer zonenförmiger Hauterkrankungen, von F. Lommel-Jena. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 36.) L. bespricht einleitend die neueren Publikationen über die Innervation der Haut und die verschiedenen Systeme von Hautzonen und schildert dann zwei Fälle von Hauterkrankungen mit eigenartiger zoniformer Anordnung. Im ersten Falle handelt es sich um ein zwölfjähriges Mädchen mit einem seit elf Jahren bestehenden, nicht juckenden Lichen ruber planus; derselbe erstreckt sich von der Radialseite des rechten Oberarms, wo er bis ca. drei Finger breit über das Ellbogengelenk hinaufreicht, längs der Radialseite des Vorderarms bis auf die Dorsalfläche der 1. Daumenphalanx. Die Ausbreitung des Exanthems entspricht genau der Achse der Headschen Zone des 7. Cervikalsegments (bezw. des 7. Spinalganglions.)

Der zweite Fall betrifft ein 13jähriges Mädchen, bei dem sich auf der linken Stirnbeinschuppe etwas vor der Kranznaht eine haarlose, derbe, glatte, dem Schädel fest anliegende, leicht eingesunkene Hautfurche findet; dieselbe zieht sich, graubraun verfärbt, über die Stirn auf die linke Seite des Nasenrückens herab. Ihr schliefst sich oben und unten eine ähnliche, lateralwärts und bogenförmig auf der Stirn verlaufende Furche an, beide Streifen umgrenzen zusammen ein anscheinend unverändertes Stück gesunder Haut. Es handelt sich um eine bandförmige Sklerodermie, die genau das Gebiet der Headschen Frontonasalzone einschliefst; nur der nach oben in die behaarte Kopfhaut verlaufende atrophische Hautstreifen liegt aufserhalb dieser Zone.

Über die Natur der Erkrankungen des Nervensystems, die unserer Annahme zufolge solchen chronischen zonenförmigen Hauterkrankungen zu Grunde liegen, wissen wir zurzeit noch nichts Bestimmtes. *Götz-München.*

Über den Herpes, von Ludwig Merk. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. No. 9.) Verfasser betrachtet den Herpes als eine Störung in der sensiblen Sphäre der Nerven und sieht in den Lähmungen ein Analogon in der motorischen Sphäre. In weitausholenden Erörterungen beleuchtet er seine Anschauungen. Hervorzuheben ist die am Schlusse angefügte Bekämpfung der ebenso „genialen wie alten Irrlehre von den trophischen Nerven", deren Vorhandensein er absolut negiert. (So alt ist die doch nicht so leicht wegzuschaffende Lehre von den trophischen Nerven gar nicht. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Der Herpes zoster, von Chauffard. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 36.) Kurze Beschreibung eines Falles von Herpes zoster thoracobrachialis bei einem Tuberkulösen, sowie eines Falles von rechtsseitigem Herpes ophthalmicus, in dessen Verlauf sich eine Erweiterung der rechten Pupille einstellte; dieselbe war als Folge einer partiellen

Lähmung des Nervus oculomotorius aufzufassen. — Ch. unterscheidet den fieberlosen Herpes zoster, der bei bejahrten Individuen auftritt, in der angelsächsischen Rasse besonders häufig vorzukommen scheint und von Brissaud auf eine atheromatöse Erkrankung des Circulus arteriosus Willisi zurückgeführt wird, und den fieberhaften Herpes zoster, der mit Vorliebe junge Individuen befällt. — In den Fällen von Herpes zoster, in welchen die primäre nervöse Erkrankung ihren Sitz im Zentralorgan oder in einem Spinalganglion hat, findet sich, wie zuerst Brissaud und Sicard gezeigt und Vidal und Ch. bestätigt haben, eine Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit, die mit der Anwesenheit sehr grofser Lymphocyten und endothelialer Zellen beginnt und sich ganz allmählich im Verlaufe mehrerer Wochen verliert. In den Fällen von Herpes zoster, in denen die primäre Erkrankung im peripheren Nerven liegt, fehlt diese Lymphocytose; diese Fälle sind ausgezeichnet durch das Auftreten blitzartiger Schmerzen. — Zur Behandlung des Herpes zoster empfiehlt Ch. angelegentlich Pinselungen mit einer 5 %igen Pikrinsäureätherlösung. Man macht im Beginne der Eruption eine Pinselung und wiederholt dieselbe, wenn nicht beträchtliche Erleichterung eingetreten ist, nach 24 Stunden; öftere Wiederholungen sind unnötig.

Götz-München.

Herpes brachialis mit Paralyse des Deltoides, von S. V. Pearson. (*Brit. med. Journ.* 2. Mai 1903.) Ein 52jähriger Maler erkrankte am 16. Februar 1902 mit einem scharf brennenden Schmerz am linken Arme und Unfähigkeit, denselben zu bewegen. Am nächsten Tage war der Arm von der Schulter abwärts bis zum Handgelenk bedeckt mit wässerigen Bläschen. Die Affektion lokalisierte sich im Bereiche der 6., 7. und 8. Cervikalwurzeln. Es bestand Lähmung des Deltoides und des Latissimus dorsi. Der Herpes zoster heilte langsam ab. Die Lähmung verschwand ganz allmählich. Es dauerte lange, ehe der Patient seine volle Beweglichkeit im linken Arme wiedererlangt hatte.

C. Berliner-Aachen.

Doppelseitiger Herpes zoster im Gebiete des 10. bis 12. Dorsalsegmentes, von Reckzeh-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. No. 27.) Es handelt sich um eine 42jährige Patientin mit einer mäfsigen Hysterie und einer ausgesprochenen Myokarditis, die wahrscheinlich, da die Herzklappen intakt sind, auf eine leichte Arteriosklerose zu beziehen ist. Bei dieser Patientin entwickelte sich allmählich, im ganzen 13 Tage zu seiner Entwicklung brauchend, ein Herpes zoster, welcher nach der Einteilung der Spinalnervenbezirke von Head rechts im Gebiete des 10. Dorsalsegments begann, sich auf das des 11. und 12. und darauf nach links über dieselben Gebiete hin fortpflanzte. Aufser der für Herpes zoster charakteristischen Form und Anordnung des Ausschlages fanden sich der typische Verlauf, die neuralgischen Schmerzen und die Schwellung der Inguinaldrüsen, die in allen Fällen von Zoster unterhalb des siebenten Dorsalsegmentes auftreten, während bei den Eruptionen oberhalb dieses Segmentes sich Schwellungen der Achsel- resp. Unterkieferdrüsen vorfinden. Diese Fälle sind selten, und ist es daher richtig, die wenigen der Literatur einzuverleiben.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Herpes progenitalis und Schmerzen in der Regio pubica bei Plattfufs, von S. Ehrmann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. No. 34.) Schon 1891 hat Verfasser das Zusammentreffen von Inguinal- und Pudendalneuralgien bei Leuten, die an Plattfufs leiden, und rezidivierendem Herpes progenitalis erwähnt. Er erklärte dies durch mechanische Zerrung der inguinalen und pudendalen Hautnerven. In einzelnen Fällen hatte er eine Periostitis des horizontalen Schambeinastes gefunden. Für die Entstehung des Herpes progenitalis kommt nur der Nervus pudendus communis in Betracht. Die Stellung der Extremität bei Plattfufs kann auf den Verlauf des Nervus pudendus communis nur einwirken, wo er aus dem Foramen ischiadicum majus in

das Foramen ischiadicum minus tritt, das Ligamentum spinoso-sacrum unterhalb des Musculus pyriformis überquert. Durch die bei Plattfuſs vorhandene Abduktionsstellung des Oberschenkels wird unter anderen Bändern auch eines gespannt, welches den Nervus pudendus communis an der obengenannten Stelle reizt. Ein Schmerzpunkt über und hinter dem Trochanter major ist am Gesäſs in solchen Fällen immer zu finden. — Wo kein Plattfuſs vorhanden ist, kann durch funktionelle Hyperämie bei sexuellen Erregungen ein Herpes entstehen; Kreuzschmerzen, Parästhesien in der Glutealgegend gehen oft voraus. — Inguinale Schmerzen sind bei Plattfuſs sehr häufig.

Wo die Abduktionsstellung des Oberschenkels aus anderen Gründen zur Erhaltung des statischen Gleichgewichts eingenommen wird, kann ein rezidivierender Herpes in gleicher Weise entstehen. Dieses erklärt die Häufigkeit des rezidivierenden Herpes bei Personen, welche eine starke Zunahme des Körpergewichts erfahren haben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Erythema exsudativum multiforme, Chorea, Rheumatismus nodosus, Endo-Pericarditis, von Martin Hohlfeld-Leipzig. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. No. 31.) Bei einem vorher gesunden Knaben entwickelte sich ein vom Arzt als Urticaria aufgefaſster Ausschlag. Vierzehn Tage danach traten unruhige Bewegungen der linken Hand auf, die sich nach weiteren acht Tagen der gesamten Muskulatur mitteilten. Gleichzeitig stellte sich eine schmerzhafte Schwellung des linken Handgelenkes ein. Es handelt sich um ein Erythema exsudativum multiforme über den ganzen Körper und Chorea, daneben eine Polyarthritis rheumatica und beginnende Endocarditis an der Mitralis. Nach längerem Krankheitsverlauf erfolgte der Tod, der Hauptbefund ergibt eine fibrinöse, adhäsive Pericarditis. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatitis herpetiformis (Dermatite polymorphe douloureuse), nach Brocq. (*Journ. d. practic.* 1903. No. 28.) Ausführliche Schilderung des in Deutschland unter dem Namen Dermatitis herpetiformis bekannten Krankheitsbildes. Ein konstantes Symptom bei dieser vielgestaltigen Affektion ist nach Br. eine Verminderung in der Ausscheidung von stickstoffhaltigen Bestandteilen im Urin; es liegt daher der Gedanke nahe, daſs die Krankheit ätiologisch als Autointoxikation aufzufassen ist. Zur Behandlung empfiehlt Br. die Verabreichung von Chinin, täglich zu wiederholende Darmspülungen und ausschlieſsliche Ernährung mit Milch, Milchspeisen und Gemüsen; in manchen Fällen scheinen auch Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung (500 g pro Injektion) gut zu wirken. Die lokale Behandlung besteht in Eröffnung der Blasen und Anlegung von Verbänden mit dem bekannten Liniment aus Leinöl und Kalkwasser, oder Applikation von Ichthyolsalbe. Exkoriierte Stellen werden mit indifferenten Streupulvern bedeckt. *Götz-München.*

Dermatitis hiemalis, von William Thomas Corlett-Cleveland. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 1902. No. 25.) Mit dem provisorischen Namen „Dermatitis hiemalis" bezeichnet Verfasser ein Krankheitsbild, von dem er bereits vor acht Jahren 14 Fälle mitgeteilt hat, und das er inzwischen in zwölf weiteren Fällen zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Affektion besteht in einem nässenden und juckenden Ausschlag, der seinen Sitz fast ausschlieſslich an den Hand- und Fingerrücken, sowie um das Handgelenk herum hat, nur in der kalten Jahreszeit entsteht, bei Beginn warmen Wetters von selbst verschwindet, um im nächsten Winter sich von neuem einzustellen. Im Gegensatz zum Ekzem, dem die Affektion sonst ziemlich ähnlich ist, sind die einzelnen Herde scharf umschrieben, haben oft einen etwas erhabenen Rand, während das Zentrum leicht vertieft ist und Neigung zu Spontanheilung zeigt. Zuweilen wird also ein Bild wie beim Herpes tonsurans erzeugt, indessen konnten in zahlreichen Untersuchungen nie Pilzelemente gefunden werden. Die Farbe der Herde ist meist dunkel- oder bläulichrot. Die mikroskopische Untersuchung ergab nichts Charakteristisches,

nur einen Entzündungszustand der Haut, dessen Intensität je nach dem Stadium der Krankheit wechselt. Verfasser ist der Überzeugung, dafs es sich um ein klinisch wohl charakterisiertes Krankheitsbild handelt, das eine Mittelstellung zwischen Ekzem und Erythem einnimmt; als zum Erythem gehörige Züge betrachtet er die Farbe, die Lokalisation und die Abhängigkeit des Leidens von der kalten Jahreszeit. — Über die Behandlung ist wenig zu sagen; mit Eintritt warmer Witterung verschwindet der Ausschlag von selbst. Am besten bewährt haben sich noch feuchte Umschläge im akuten Zustand, Diachylonsalbenverbände bei chronischer Entzündung. Empfehlenswert ist Schutz der Hände durch Lederhandschuhe.

In der Diskussion geben Gottheil und Heidingsfeld ihre Ansicht dahin ab, dafs die Affektion, die auch sie beobachtet zu haben glauben, zur Gruppe der mykotischen Ekzeme gehört; Hartzell widerspricht dem. Therapeutisch empfiehlt Heidingsfeld die Röntgenstrahlenbehandlung. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Die pathologische Anatomie der Erythromelalgie, von H. B. Shaw. (*Brit. med. Journ.* 21. März 1903.) Der Verfasser beschreibt drei typische Fälle der hauptsächlich durch Röte und Schmerzhaftigkeit der Extremitäten charakterisierten Affektion. Die Schmerzen waren bei den Patienten derart stark, dafs eine Amputation der befallenen Glieder notwendig wurde.

Die histologische Untersuchung ergab bei allen drei Patienten Veränderungen der Gefäfswände. Die Intima der Arterien war verdickt, und vereinzelt wurde Thrombose und Veränderung der inneren Auskleidung der Venen beobachtet, während die bis an ihre Endigungen genau untersuchten Nerven keine Degeneration aufwiesen.

Diese Befunde stimmen mit denen Parkes Webers überein.

Anästhesie wurde in keinem der bisher publizierten Fälle beobachtet.

C. Berliner-Aachen.

Akute Exantheme.

Einige differentialdiagnostisch wichtige Merkmale der Exantheme, von William L. Somerset-New York. (*New York. med. journ.* 23. Mai 1903.) S. führt eine Reihe von (sechs) Fällen an, bei welchen die anfängliche Diagnose meist auf Scharlach lautete, dieselbe aber stets irrtümlich war. In einem der Fälle, einer jungen Frau, handelte es sich um ein scharlachähnliches Erythem — beim zweiten Anfall war sogar Abschuppung vorhanden, aber Fieber und Ausschlag waren schon nach zwölf Stunden verschwunden. In zwei anderen Fällen handelte es sich um ein stark konfluierendes Exanthem, welche sich späterhin (keine Conjunctivitis, keine Abschuppung) als Röteln erwiesen; es kann aber jedenfalls Fälle (leichte Formen von Scharlach) geben, wo die Differentialdiagnose zwischen beiden Exanthemen nahezu unmöglich ist, d. h. Röteln können leicht für Scharlach, aber weniger leicht umgekehrt gehalten werden. In einem anderen Fall trat unter heftigem Fieber und Erbrechen ein scharlachähnliches Exanthem über den ganzen Körper auf, verschwand aber wieder nach zwei Tagen — es handelte sich um eine Chinin- oder, noch wahrscheinlicher, um eine Ptomainvergiftung. Zweifellos ist bei Scharlach die spätere Art der Abschuppung ein genügendes diagnostisches Hilfsmittel, während sie bei Masern ohne weitere diagnostische Behelfe nicht genügt. — Eruption und Desquamation haben bei Masern eine Periode von acht bis zehn Tagen zwischen einander, und merkwürdigerweise ist es bei Ärzten Gebrauch, einen Masernfall als beendet zu erklären, bevor die Desquamation begonnen hat. *Stern-München.*

Eine bösartige Scharlachepidemie, von Günther-Höchstadt a. A. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 24.) In einigen Schulsprengeln des Bezirks, in dem G. wirkt, herrscht seit Wochen eine bösartige Scharlachepidemie, die vorwiegend Er-

wachsene befällt und bereits zahlreiche Opfer gefordert hat. Die schweren Fälle setzen mit Erbrechen und zum Teil auch mit profusen Diarrhoen, Temperatursteigerung bis 41° und darüber (in einem Falle wurden im Beginne 42,4° gemessen), starker Pulsbeschleunigung (150—160 Schläge), grofser Unruhe, Konvulsionen und heftiger Angina ein. In den schwersten Fällen ist das Sensorium gleich im Anfang stark benommen, und diese Fälle enden alle tödlich, zum Teil schon innerhalb 24 Stunden; diejenigen Kranken, deren Sensorium bei sonst gleichen Symptomen klar bleibt, genasen. Zeigt sich das Exanthem schon am ersten Krankheitstage, so hat es in der Regel eine dunkelrote Farbe mit einem Stich ins Violette, an manchen Stellen sind dunklere oder livid gefärbte Flecke und Blutaustritte wahrnehmbar. In allen tödlich verlaufenden Fällen zeigt sich eine stetige Abnahme der Elastizität des Arterienrohres bis zur vollständigen Lähmung seiner Muskulatur; der Tod tritt infolge schwerer toxischer Schädigung des Vasomotorenzentrums unter den Erscheinungen des Vasomotorenkollapses ein. Die Therapie erweist sich gegenüber diesen rapid verlaufenden Fällen vollkommen machtlos; insbesondere versagt auch das Coffeinum natro-benzoicum, dem doch eine günstige und rasche Einwirkung auf das Vasomotorenzentrum nachgerühmt wird. — Die Fälle, die nicht ad exitum führen, sind durchgehends mit Nachkrankheiten (Nephritis, Otitis, Abscedierung der Halsdrüsen oder der Parotis, Phlegmonen am Halse, Pneumonien) kompliziert. *Götz-München.*

Der Streptococcus und Scharlach. (*St. Louis Courier.* Juni 1903.) Kurze Besprechung über den Zusammenhang zwischen Scharlach und Streptococcus. Verfasser glaubt, derselbe sei nicht die primäre Ursache des Scharlachs, spiele aber eine grofse Rolle bei dessen Komplikationen und Folgekrankheiten. Da es sich um Assoziation mehrerer Bakterien dabei handelt, so können wir mit Antistreptokokkenserum nicht eher ganz positive Resultate erwarten, bis der eigentliche Erreger des Scharlachs entdeckt ist, und dieses Serum wird sich zu Scharlach ebenso verhalten wie zu den Fällen septischer Diphtherie, nämlich zuweilen von therapeutischem Nutzen sein, aber keineswegs spezifisch wirken. *Stern-München.*

Über akute Nekrose des Warzenfortsatzes und Felsenbeins nach Scharlach, von G. Heermann-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 22.) Die akute Nekrose des Warzenfortsatzes und Felsenbeins bei und nach Scharlach, von der H. bis jetzt 18 Fälle gesehen hat, entwickelt sich im Gegensatz zur eitrigen Mittelohrentzündung bei Scharlach unter minimalen klinischen Symptomen. Den Beginn, der häufig schon in die ersten Tage des Scharlachs fällt, bilden Temperatursteigerungen, geringe spontane Schmerzhaftigkeit, aber ausgesprochene Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes und eine unbedeutende Injektion des Trommelfells. In diesem Stadium scheint eine spontane Rückbildung noch möglich zu sein; tritt eine solche aber nicht ein, dann breitet sich die Druckempfindlichkeit nach hinten und oben aus, und nach einigen Tagen gesellt sich unter weiterer Temperatursteigerung eine leichte entzündliche Schwellung der Weichteile über dem Warzenfortsatz dazu. Dabei klagen die Kranken fast nur über Kopfschmerzen. Inzwischen ist meist das Trommelfell geborsten und ungemein rasch zerfallen; durch die Öffnung entleert sich geruchloser, dünnflüssiger Eiter. In anderen Fällen bleibt das Trommelfell intakt, der Durchbruch des Eiters erfolgt dann an der hinteren oberen Gehörgangswand oder auch im Bereiche der Membrana flaccida. Zu einer Eiterretention kommt es also nicht; trotzdem ist ein möglichst frühzeitiges operatives Eingreifen absolut indiziert; denn auch wenn sehr bald operiert wird, findet man bereits eine weit fortgeschrittene Nekrose des Warzenfortsatzes und des Felsenbeins. — H. glaubt, dafs es sich bei der akuten Knochennekrose nach Scharlach um einen bakteriellen Prozefs handelt, der im Warzenfortsatz selbst beginnt und erst sekundär auf die Paukenhöhle übergreift. *Götz-München.*

Über Prophylaxe und Behandlung des Scharlachs, von E. W. Saundbrs-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Aug. 1903.) S. glaubt, dafs man bezüglich der Prophylaxe des Scharlachs etwas zu sorglos sei, und dafs jede längerwährende Affektion in Nase, Rachen oder Ohr das Scharlachgift viel länger enthalte und schwere Fälle zehn bis zwölf Wochen isoliert werden sollten. Im allgemeinen betrage die Dauer der Isolierung sechs bis zwölf Wochen, und dieselbe mufs in allen Einzelheiten eine sehr strenge sein. Gegen das Ende der Isolierperiode ist notwendig, Antiseptica (Lösungen von Sublimat corros. oder Formalin, von verdünntem Alkohol) in reichlichem Mafse an den Abschuppungsteilen anzuwenden; zur Entfernung der Schuppen ist Karbolvaselin sehr geeignet. Grofse Schwierigkeit bereitet oft die Desinfektion der Krankenzimmer und deren Utensilien. Die Formaldehyd-Ausräucherung hält S. für zwecklos, da er verschiedene ernste Rückfälle in derartig desinfizierten Häusern erlebte; die Ausräucherung mit Schwefel sei weit wirksamer, aufserdem müsse der ganze Raum und die Möbel mit Sublimat abgewaschen, letztere lange Zeit an die frische Luft gestellt und das Zimmer für längere Zeit geschlossen werden. Bezüglich der Behandlung bewährte sich bei Aufregungszuständen Chloralhydrat, bei ständig hohem Fieber hypodermatische Injektion von Laverans Mischung (Chinin. hydrochlor. 3,0, Antipyrin 2,0, Aqu. 6,0). Der Serumbehandlung (aus den virulenten Streptokokken des Blutes Scharlachkranker entnommen) spricht S. eine gewisse Wirkung (nach Moser, Baginsky) zu, und in den wenigen Fällen, wo S. dieses Serum anwandte, waren die Erfolge sehr ermutigend. *Stern-München.*

Die Erfolge der Serumbehandlung des Scharlach an der Universitäts-Kinderklinik in Wien, von Theodor Escherich. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. No. 23.) Mit dem Moserschen Serum sind die Erfolge bei Scharlach so günstig, dafs kein Mittel bisher annähernd so gut gewirkt hat; keines konnte auch so beanspruchen, eine kausale Behandlungsmethode darzustellen. Die nötigen grofsen Dosen bei hohem Preise gestatten leider noch nicht eine ausgedehntere Anwendung dieses Scharlach-Heilserums. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mosers Scharlach-Streptokokkenserum, von Dionys Pospischill. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. No. 15.) Nur bei Scharlachkranken, die nach dem gesamten Krankheitsbilde eine schlechte Prognose boten, wurde das Moserache Streptokokkenserum angewendet. Der Einfluſs dieser Therapie war ein eklatanter. Temperatur, Puls, Respiration, Sensorium besserten sich unmittelbar nach den Injektionen. Die Nahrungsaufnahme ging glatter, Schlaf stellte sich ein. Die nekrotische Schleimhaut rötete sich lebhaft. Im ganzen ermuntern diese Beobachtungen an 25 Kindern zu weiteren Versuchen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Anwendung von Sozojodol-Natrium bei Scharlach, von F. Blumenfeld-Kassel. (*Med. Blätter.* 1903. No. 31.) B. empfiehlt das Sozojodol-Natrium in einer 5%igen Glycerin-Wasserlösung mit Zusatz von etwas Menthol bei skarlatinösen Anginen mittels eines Salzzerstäubungsapparates (Bezugsquelle J. H. Lieberg-Kassel) auf die erkrankten Schleimhautpartien zu zerstäuben; während die trockenen Pulversubstanzen reizen und Hustenanfälle auslösen, wird der feine Ölhauch der Glycerin-Wasserlösung von den Patienten in wohltuendster Weise empfunden. Dabei ist die Zerstäubung in ihrer Wirkung auf die entzündeten Schleimhäute eine sehr intensive und schnelle, und das Heilmittel haftet besser auf den erkrankten Partien als das trockene Pulver. Unter der Sozojodol-Natriumeinwirkung borken und stofsen sich die Beläge in der Regel schon innerhalb zwei bis drei Tagen ab, der übelriechende Atem verschwindet, die Schwellungen der Tonsillen und cervikalen Drüsen nehmen ab, die Temperatur geht zurück. Eine schädigende Wirkung des Mittels war nie zu beobachten. *Putzler-Danzig.*

Über Influenzabacillenbefunde bei Masern- und Scharlacherkrankungen, von CARL LIEBSCHER. (*Prager med. Wochenschr.* 1903. No. 8.) Verfasser wiederholte die bereits von anderer Seite gemachten Untersuchungen über den Befund von Influenzabacillen bei Masern und Scharlach. Er fand dieselben unter 57 Masernfällen 11 mal im Nasensekret; von den 11 Influenzafällen starben 4 (36%), von den übrigen 46 starben 10 (22%). Vier von den 11 Influenzabacillen enthaltenden Fällen hatten eine Pneumonie (36%), während auf die 46 negativen Fälle 9 Pneumonien (19,5%) kamen. Von 60 Scharlachfällen zeigten nur 3 (5%) Influenzabacillen. Eines von diesen drei Kindern, 13 Monate alt, starb an Pneumonie. Bemerkenswert ist, dafs auch bei einem erheblichen Prozentsatz anderer in der Klinik befindlichen Kinder Influenzabacillen gefunden worden sind. Es scheint der Influenzabacillus in diesen Fällen zum Teil nur saprophytisch vegetiert zu haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über eine seltene Masseninfektion in einer Familie, von SIEGMUND KOHN. (*Prager med. Wochenschr.* 1903. No. 32.) Bei drei Kindern mit Masern traten verschiedene Komplikationen ein: Pseudokroup, Nephritis, Soor, Stomatitis aphtosa, Ulcus corneae, Pleuropneumonie. Als sie alles überstanden hatten, brach bei allen drei Kindern schwerster Scharlach aus; nachher erkrankte auch das Dienstmädchen. Zwei von den Kindern erlagen dem Scharlach. Das überlebende erkrankte sogleich nach der Genesung an Influenza, die es auch überstand. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Masernkroup und vier Fälle von Tracheotomie wegen desselben, von M. DODIN. (*Allg. med. Centralztg.* 1903. No. 30.) D. bespricht vier Fälle dieser Krankheit, welche sämtlich starben. Seine Beobachtungen bei dieser Gelegenheit gipfeln in folgenden Sätzen: 1. Masern sind namentlich bei Kindern jüngeren Alters keine harmlose Krankheit. 2. Komplikationen von seiten des Kohlkopfes sind äufserst ernst, und der Arzt mufs sofort ihnen seine ganze Aufmerksamkeit entgegenbringen. 3. Bei dieser Komplikation mufs man stets an die Möglichkeit eines membranösen Prozesses im Kehlkopf denken, unabhängig davon, ob in der Stadt epidemische oder sporadische Fälle von Diphtherie vorhanden sind. 4. In Anbetracht der wenig befriedigenden Resultate, welche durch die gewöhnliche Intervention (Tracheotomie), sowie durch die Inkubation erzielt werden, mufs man sich möglichst einer konservativen Behandlungsmethode so lange befleifsigen, bis bedrohliche Erscheinungen eingetreten sind. 5. Sind bedrohliche Erscheinungen eingetreten, so soll man immerhin auf die Vornahme der Tracheotomie nicht verzichten, trotzdem dieselbe einen hohen Mortalitätsprozentsatz gibt. 6. Diphtherieheilserum erweist sich bei Masernkroup als unwirksam, und es wäre erwünscht, dafs man bei dieser Krankheit einen Versuch mit Antistreptokokkenheilserum machte. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Sind die KOPLIKschen Flecke ein sicheres Frühsymptom der Masern? von ARONHEIM-Gevelsberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 28.) A. hat gelegentlich der Masernepidemie, die im vorigen Jahre in seinem Wohnort herrschte und reichlich Gelegenheit gab, Kinder im Inkubations- und Prodromalstadium zu untersuchen, die KOPLIKschen Flecke nur in 6% der Fälle (neunmal bei 150 Erkrankungen) gefunden. *Götz-München.*

Bemerkung zu dem Artikel von Dr. ARONHEIM: „Sind die KOPLIKschen Flecke ein sicheres Frühsymptom der Masern?" von J. SCHWALBE-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 36.) SCHW. konstatiert, dafs er in dem Artikel ARONHEIMS nicht richtig und nicht vollständig citiert ist. Er hat sich bei der Besprechung der Masern und Röteln in seinem Handbuch der praktischen Medizin dahin geäufsert, dafs nach Beobachtungen von WIDOWITZ die KOPLIKschen Flecke ausnahmsweise auch bei Röteln und anderen Erkrankungen angetroffen werden, dafs sie in

seltenen Fällen erst nach dem Ausbruch des Masernexanthems auf der Haut auftreten, und dafs sie endlich in vielen Fällen von Masern vollkommen fehlen.

Götz-München.

Röteln, Differentialdiagnostik der akuten Exantheme, von Ch. Bäumler-Freiburg. (*Disch. Klinik.* 1903. Urban & Schwarzenberg, Wien.) An der Hand eines vorgestellten Falles bespricht B. eingehend die Symptomatologie und Differentialdiagnostik der Röteln, besonders im Gegensatz zu Masern und Scharlach. Als Haupterscheinungen betont er folgende: Inkubationszeit 17—21 Tage, meist keine Prodromalerscheinungen, Auftreten des zuerst im Gesicht auftretenden hellroten, fleckigen Ausschlags am ersten Krankheitstage, katarrhalische Rötung der Halsorgane und zuweilen auch der Atmungsorgane, Milzvergrößerung, Vergrößerung der Cervikal- und Aurikulardrüsen, geringe oder keine Temperaturerhöhung. In einer Vergleichstabelle werden die Symptome der Masern und des Scharlach daneben gestellt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Sind Varicellen eine ausschliefsliche Kinderkrankheit? von Th. v. Gerken. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. No. 3.) Das Vorkommen von Varicellen bei Erwachsenen gilt als Rarität. Von den in zehn Jahren in Wien zur Anzeige gebrachten 29250 Varicellenfällen standen im:

1.	Jahre	12,24%	14.	Jahre	0,49%
2.	„	10,20%	15.	„	0,35%
3.	„	8,98%	16.—20.	„	0,74%
4.	„	8,97%	21.—25.	„	0,28%
5.	„	8,22%	26.—30.	„	0,17%
6.	„	14,08%	31.—35.	„	0,09%
7.	„	16,38%	36.—40.	„	0,07%
8.	„	8,26%	41.—45.	„	0,04%
9.	„	4,04%	46.—50.	„	0,01%
10.	„	2,70%	51.—55.	„	0,01%
11.	„	1,58%	56.—60.	„	0,004%
12.	„	1,22%	61.—65.	„	0,004%
13.	„	0,84%			

Es fallen im ganzen 28728 Fälle (= 98,22%) auf das 1.—14. Lebensjahr, 522 auf Erwachsene. — Ein Vergleich mit der Statistik über das Vorkommen von Masern und Keuchhusten ergibt, dafs die Verhältnisse bei allen Leiden sehr ähnlich liegen. Varicellen kommen bei Erwachsenen prozentuarisch fast in gleicher Häufigkeit vor wie Masern. Nur die Immunisierung durch Überstehen im Kindesalter erklärt das seltenere Vorkommen dieses Leidens bei Erwachsenen. An sich ist jedes Lebensalter für dieselben empfänglich.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Varicellen an der Conjunctiva, von A. C. Pearson. (*Brit. med. Journ.* 27. Juni 1903.) Ein 2½ Jahre altes Kind zeigte einen Varicellenausschlag auf der Mundschleimhaut und eine Varicellenpustel an der Conjunctiva bulbi nahe dem äufseren Winkel des rechten Auges. Die Lymphdrüsen am ganzen Körper waren deutlich vergröfsert. Der Verlauf der Krankheit war ein gewöhnlicher und milder.

C. Berliner-Aachen.

Die Variolaepidemie in England. (*Brit. med. Journ.* 28. Febr. 1903.) Der Bericht bringt Mitteilungen über den Stand der Pockenepidemie in verschiedenen Distrikten Englands, zeigt auch, zu welchen Mifsständen beispielsweise in Staffordshire die rasche Ausdehnung der Epidemie geführt hat, und wie diese Mifsstände wiederum geeignet seien, die Pocken zu verbreiten. Im Bagnal Hospital (Nord-Staffordshire) schliefen, weil zu wenig Platz da sei, je zwei Pockenkranke in einem Bett. In

manchen Distrikten hat die Epidemie zuwege gebracht, daſs die heftigsten Impfgegner sich unter den ersten herandrängten, um geimpft zu werden.

C. Berliner-Aachen.

Die jüngste Variolaepidemie in London, von Newman. (*Brit. med. Journ.* 7. März 1903.) Der Verfasser berichtet über den Marktflecken Finsbury. Es gab hier in den Jahren 1901 und 1902 im ganzen 275 Pockenkranke mit 40 Todesfällen. Die Schlüsse, welche aus den statistischen Details gezogen werden, sind folgende:

1, Die Pocken unter Geimpften sind heutzutage hauptsächlich eine Krankheit der jungen Leute, bei denen eine Revaccination nicht stattgefunden hat, die erste Impfung wenigstens 15 Jahre zurückliegt (88% der geimpften Fälle waren mehr als 15 Jahre alt.

2. Von den gar nicht geimpften Fällen gehören 73% dem Alter unter 15 Jahren an.

3. Die Mortalität bei den Geimpften ist in allen Altersstufen weit geringer als bei den nicht Geimpften. *C. Berliner-Aachen.*

Die Variolaepidemie in England. (*Brit. med. Journ.* 14. März 1903.) Die Pocken herrschen zurzeit in zehn englischen Grafschaften. Da immer noch neue Erkrankungen vorkommen, so kann von einer Abnahme der Epidemie noch nicht die Rede sein. *C. Berliner-Aachen.*

Die Pockenepidemie in England. (*Brit. med. Journ.* 30. Mai 1903.) Im allgemeinen wird noch nicht viel Günstiges berichtet; doch ist an einigen Plätzen ein entschiedenes Zurückgehen der Epidemie zu verzeichnen, an anderen allerdings dehnt sie sich ebenso entschieden aus. *C. Berliner-Aachen.*

Die Pocken, von Ch. Bäumler-Freiburg. (*Dtsch. Klinik.* 1902. Urban & Schwarzenberg, Wien.) In Form eines klinischen Vortrages gibt B. eine klare, sachliche Schilderung der Geschichte und des Krankheitsbildes der in Deutchland nur selten zu sehenden Pocken, bespricht dann die Differentialdiagnose und Prognose, um schliefslich auf die Prophylaxis und Therapie eingehend hinzuweisen. Wenn B. auch nicht viel Neues bringt, so ist die Arbeit immerhin wegen ihrer schönen Form und ihres zusammenfassenden Inhalts besonders allen Studierenden warm zu empfehlen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Variola und die gesellschaftliche Stellung, von Macdonell. (*Brit. med. Journ.* 25. April 1903.) Der Verfasser kommt in seinen Betrachtungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Statistiken hinsichtlich der Vaccination und der Pocken mit besonderer Berücksichtigung der sozialen Stellung der Patienten differieren in ihren Angaben, die sich auf zwei verschiedene Epidemien an demselben Platze beziehen.

2. Es sind nicht gerade die niederen Stände, welche das Gros der nicht geimpften Fälle ausmachen. Im Gegenteil scheint, wenigstens was Glasgow betrifft, bei den höheren Ständen eine wenn auch geringe Neigung zu bestehen, sich nicht impfen zu lassen.

3. Dagegen ist die schwache Widerstandskraft unter den niederen Ständen die Ursache der mehr letalen Variolafälle bei ihnen.

Im allgemeinen befallen die Pocken die Nichtgeimpften in gleichem Verhältnis, mögen sie höheren oder niederen Standes sein.

Die Geschichte des 17. und 18. Jahrhunderts verzeichnet eine grofse Zahl von Kaisern, Königen und Fürsten, die an Pocken gestorben sind.

C. Berliner-Aachen.

Eiterung und deren begleitendes Sekundärfieber, eine Komplikation und nicht ein Hauptsymptom der Blattern, von Jennie G. Drennan-St. Thomas-Ontario.

(*Med. News.* 1. Aug. 1903.) Wie schon die lange Überschrift besagt, hält Verfasserin dafür und sucht in ausführlicher Auseinandersetzung zu beweisen, dafs die Eiterung (Pustelbildung), welche leider meist auf die reine Bläschenbildung, der eigentlichen Pockenerkrankung, folge, nur aus einer Sekundärinfektion durch die stets in der Haut anwesenden Eitermikroorganismen resultiere. Würden die meisten der letzteren nicht durch die Toxine der Blatternerreger zu Grunde gehen, so würden die Pusteln viel früher auftreten als es wirklich der Fall sei; die übrigbleibenden finden dann einen günstigen Nährboden in dem Serum der Blatternbläschen und verursachen durch ihre Vermehrung den allgemeinen Eiterungsprozefs. Therapeutisch ergeben sich daher für D. folgende Schlüsse: Es dürfte 1. angezeigt sein, ein toxisches Serum, welches von einer an den Anfangserscheinungen der Kuhpocken erkrankten Kuh gewonnen wird, im Invasionsstadium der Blattern, sobald Symptome bemerkbar werden, zu injizieren, 2. Reinhaltung und Desinfektion der Haut, um eine Anhäufung pyogener Mikroorganismen zu verhindern, und interne Darreichung von Calciumsulfid zur Abhaltung der Eiterung, wie bei Furunkulose; Eröffnung aller Bläschen, wobei deren Inhalt, das Nährmedium pyogener Keime, entfernt wird, und Bestreichen jedes der geöffneten Bläschen mit Kollodium. 3. Behandlung aller übrigen Symptome, sobald sie auftreten. Blattern sind eine akute Infektionskrankheit, welche durch einen spezifischen, noch nicht isolierten Mikroorganismus verursacht werden, mit einem Inkubationsstadium, während dessen keine Symptome vorhanden sind, und gefolgt von einem Invasionsstadium, in welchem Papeln gefunden werden, worauf das Stadium roter Papeln und Bläschen kommt; die Bildung von Pusteln gehört also nach Ansicht der Verfasserin nicht zur eigentlichen Blatternerkrankung. *Stern-München.*

Variola beim Foetus, von A. Warner-Leicester. (*Lancet.* 11. Juli 1903.) Eine 35jährige Frau, im vierten Monat schwanger, hatte eine ziemlich schwere Attacke von Variola durchgemacht und sollte, da sie etwa 14 Tage schon als rekonvaleszent betrachtet werden konnte, entlassen werden, als sie anfing, über wehenartige Schmerzen zu klagen, und tags darauf abortierte. Sie gebar Zwillinge, welche offenbar etwa seit zwei Tagen abgestorben waren und einen wohlentwickelten Ausschlag am ganzen Körper aufwiesen, der etwa im zwölften Tage der Entwicklung sich befand. Als Gegenstück berichtet W. noch über eine 39jährige Frau, deren ganze Familie, neun Köpfe stark, an Pocken erkrankte. Sie selbst zeigte einige Allgemeinsymptome, abortierte (im dritten Monat), entwickelte aber keine weiteren Krankheitserscheinungen, und die Impfung fiel negativ aus. W. denkt an eine durch den Foetus der Mutter übertragene Immunität, ähnlich wie bei einem von Curschmann berichteten Falle.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein atypischer Fall von Variola, von Th. J. Selby. (*Brit. med. Journ.* 21. März 1903.) Ein 59jähriger Insasse des Arbeitshauses bekam gegen seine Konstipation ein salinisches Abführmittel, worauf ausgiebige Entleerung folgte. An demselben Tage zeigte sich ohne irgend welche Prodromal- oder Begleiterscheinungen ein papulöser Ausschlag auf der Stirn, am Halse, Rücken und an den Händen. Nur wenige Effloreszenzen waren auf der Brust und am Abdomen zu sehen. Drei Tage später wurden die Papeln vesikulös, dann pustulös und heilten mit schwacher Narbenbildung ab.

Das Allgemeinbefinden des Patienten war nicht im geringsten gestört, der Appetit gut, die Temperatur nur wenig erhöht.

Die Diagnose lautete: „Variola modificata". Die Infektionsquelle konnte in dem Falle nachgewiesen werden. *C. Berliner-Aachen.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Sachverzeichnis.

Abolitionismus (Fournier) 316.
Abscefs, periurethraler (Chance) 424.
Abscesse mykogenen Ursprunges, Subcutane (De Beurmann) 510.
Acanthosis nigricans (Rille) 454.
Acne rosacea (Robin) 366; (Leredde) 313.
Acrodermatitis chronica atrophicans (Leven) 123.
Addisonsche Krankheit (Russell) 411; (Pospelow und Gautier-Dufayer) 458.
Adenoma sebaceum circumscriptum (Audry) 471.
Adenomata sebacea des Gesichts (Winkler) 461.
Adrenalin (Baum) 395.
Adrenalinum hydrochloricum bei Morbus maculosus Werlhofii (Deckers und Meessen) 282.
Akkulumatoren oder galvanische Elemente (Imbert) 311.
Aknitis Barthélemy (Sokolow) 456.
Aktinomykosis, abdominale (Webber) 368.
Albargin bei Blennorrhoe (Malejew) 518; (Meyer) 519.
Albuminurie, prognostische Bedeutung (Lambert) 485.
— und Prostatamassage (Krüger) 485.
Alkoholumschläge (Ssaweljew) 58.
Alopecia, Chrysarobin bei (Hodara) 512.
— areata (Butte) 284; (Richter) 413; (Contet) 414.
— congenita familiaris (Kraus) 459.
Anämie, syphilitische (Samberger) 464.
Anästhesin (Duhot) 535.
Angiom des Gesichts (Lanois) 410.
Angiome, multiple (Saalfeld) 556.
Angiokeratoma (Dore) 469.
Angiosarkom (Buschke) 173.
Anonychia congenita (Most) 420.
Anthrasol (Sack) 390. 394. 497. 536.
Anthropoide Affen (Roux und Metschnikoff) 513.
Aplasie der Cutis und Subcutis (Vörner) 460.
— pilorum moniliformis (Ledermann) 413.
Argentum colloidale Credé bei Milzbrand (Schrage) 370.
— — bei Syphilis (Audry) 472.
Arsenik, Idiosynkrasie (Philipps) 536.
Arsensäureinjektionen bei Psoriasis (Seegall) 556.
Arsenwässer in der Dermatologie (Steiner) 535.
Arzneiexanthem vom Jodoformtypus (Pollitzer) 508.
Arzneiexantheme (Pernet) 529.
Aspergillus fumigatus flavescens (Ceni und Basta) 64.
Aspergillussporen bei Pellagrakranken (Ceni) 579.
Asphaltpappe-Fabrik, Erkrankungen (Rump) 581.
Assanierung der Ehe (Jullien) 376.
Atrophia cutis (Bäumer) 173.
— des Fettgewebes (Kraus) 457.
Atrophodermia follicularis (Ledermann) 555.
Ausschlag, rezidivierender, bullöser (Gottheil) 366.
Axilla, Haare (Schein) 519.

Bacillus, säurefest, Kulturen (Karlinsky) 392.
Bacterium lactis aërogenes (Goldberg) 486.
Bacteriuria vesicalis postblennorrhoica (Goldberg) 486.
Badewesen, Geschichte (Bäumer) 350.
Badewesen und Hautpflege (Hopf) 46.
Baktericide Lichtstrahlen (Jansen) 402.
Bakterien, den Harnstoff zersetzend (Forcart) 397.
— bei Haut- und Urogenitalleiden (Trautmann) 475.

Bakteriensporen, Widerstandsfähigkeit gegenüber dem Lichte (Jansen) 403.
Balneotherapie in der Dermatologie (Marschalko) 46.
Balsamica (Winternitz) 204.
Basalzellenkrebs (Krompecher) 481.
Basedowsche Krankheit und Dermatosen (Hyde und McEwen) 526.
Bazins Krankheit (Dore) 469.
Becquerelstrahlen, Einfluſs auf die Haut (Halkin) 121); Goldberg und London) 564.
Beizenfärbung (Pappenheim) 429.
Beleuchtung, endoskopische (Imbert) 278.
Bierhefe, Anwendung (Presta und Tarruella) 72.
Bildungsanomalien, kongenitale (Most) 420.
Bindegewebe und Epithel (MacLeod) 307.
Blase, Leukoplakie (Ravasini) 396.
Blasenblutungen (Jacoby) 429.
Blasenruptur (Lawrie) 424.
Blasenstein, Spontanzertrümmerung (Görl) 424.
Blasentuberkulose, Heilbarkeit (Motz) 281.
Blasentumoren und Prostata (Montfort) 277.
Blattern s. Variola.
Bleivergiftung und Lichen planus (Audry und Dalous) 473.
Blennorrhoe 280.
— (Rychner) 401; (Schlasberg) 487.
— Metastasen (Hoffmann) 396.
— neonatorum (Rosner) 517.
— Pyelitis bei (Marcuse) 516.
— und Samenblasen (Lewin) 365.
— des Uterus bei Prostituierten (Paradi) 203.
— Prophylaxis (Porósz) 205.
— Therapie (Pick) 517; (Reisner) 518; (Rucker) 518.
— Albargin bei (Malejew) 518; (Meyer) 519.
— Pikrinsäure bei (Re) 519.
— mit Protargolgelatine (Benario) 32.
Blennorrhoische Cavernitis (Grosz) 112.
— Dakryoadenitis (Etiévant) 515.
— Deferentitis (Nobl) 561.
— Epididymitis (Nobl) 561.
— Gingivitis (Vines) 516.
— Prostatitis (Jordan) 29.
Blutkörperchen, Resistenz der roten (Buffa) 45.
Borsäure, toxische Wirkung (Kaufmann) 395.
Bottinische Operation (Freudenberg) 428.
Bouba, Bacillus (Breda und Fiocco) 514.
Bovine Impftuberkulose (Lassar) 566.
Brand, nomatöser (Ranke) 369.
Bromoderma ulcerosum (Ledermann) 581.
Brunssche Airolpaste (Wanach) 59.
Brustmuskeln, Defekt (Schein) 511.
Bubo, Fistelgang nach venerischem (Respighi) 189.
Buccopräparat, neues (Runge) 537.

Cancroin bei Krebs (Adamkiewicz) 407.
Carcinomliteratur (Sticker) 373.
Carcinoma, Impfmetastasen (Brieger) 374.
— der Kopfhaut (Audry) 473.
— lenticulare (Iwanow) 465.
— der Ohrmuschel (Halberstädter) 179.
— Behandlung mittels X-Strahlen (Rodman und Pfahlen) 406.
Cathelinsche Injektionen (Strauss) 394.
Cavernitis gonorrhoica (Grosz) 112.
Cerebrospinalflüssigkeit der Syphilitiker (Ravaut) 471.
— der Tabiker (Milian) 471.
Chininum lygosinatum (Hervesi) 59; (Szendre) 537.
Chinolinwismutrhodanat Edinger (Stern) 518.
Chorea, Erythema exsudativum multiforme bei (Hohlfeld) 585.
Chrysarobin bei Alopecie (Hodara) 512.
— bei Trichophytiasis capitis (Hodara) 474.
Chromidrosis (Heidingsfeld) 418.
Circumcision, neue Methode (Lewis) 397.
Collessches Gesetz (v. Düring) 394.
Cresylechtviolett bei Keratohyalinfärbung (Fick) 519.
Crurin pro injectione (Stern) 518.
Cystitiden, Anatomie (Motz und Paul) 279.
— chronische (Motz und Montfort) 310.
Cystoskop Nitze (Eynard) 311.
— retrogrades (Schlagintweit) 396.
Cystotomie, suprapubicale (Scott) 425.

Dakryoadenitis, blennorrhoische (Etiévant) 515.
Dariersche Krankheit (Schwab) 409; (Lesser) 506.
Deferentitis, blennorrhoische (Nobl) 561.
Depigmentierung dunkler Haare 237.
Dermatitis blastomycetes (Freer) 372.
— bullöse, nach Vaccination (Howe) 344.
— — bei Hysterie (White) 349.
— exfoliativa neonatorum (Ostermayer) 465.
— follicularis et perifollicularis conglobata (Spitzer) 179.
— herpetiformis 210.
— — (Beermann) 178; (Ledermann) 556; (Brocq) 585.
— hiemalis (Corlett) 585.
— nach Merkurialsalbe (Holmes) 70.
— repens (Hartzell) 364.

Dermatitis venenata (White) 506.
Dermatologie, Unterricht in (Gastou) 31.
— — in Madrid (Ravogli) 474.
— Unterrichtsmethoden (Bowen) 344.
Dermatomykosen der Kinder, Köpfe (Sabouraud) 513.
Dermatomyomen (Marschalko) 389; (Huldschinsky) 410.
Dermatomyositis (Picchi) 367.
Dermatosen und Basedowsche Krankheit (Hyde und McEwen) 526.
— diabetische und arthritische (Ehrmann) 69.
— Hämatologische Untersuchungen bei (Daccó) 513.
— toxische und autotoxische (Ehrmann) 41. 527.
— durch Kaffeegenuſs (Perfetti) 527.
— und Lues (Trautmann) 404.
Dermolampe (Jansen) 58.
Desquamation an den Händen (Carayon) 212.
Deuteropathien, syphilitische (Hallopeau) 183.
Diabetes und Herpes zoster (Hall) 468.
Dilatatoren, vierteilige (Kollmann) 309. 397.
Diosmal (Runge) 535.
Diphtheritischer Schanker (Róna) 562.
Drainrohr, Verwendung (Stojanoff) 488.
Durchstrahlungsmöglichkeit des Körpers (Busck) 402.
Dymal (Munk) 59.
Dyskeratosen (Lenglet) 212.
Dyskeratosis palmaris bei Ichthyosis irritabilis (Audry) 473.
Dystrophia papillo-pigmentosa (Acanthosis nigricans) (Rille) 454.
Dystrophien der Haut, chronische (Volhard) 524.

Ecthyma terebrans (Jamieson und Huie) 567.
Eisenbogenlicht (Kromayer) 400.
— contra Kohlenbogenlicht (Busck) 183. 567.
Eiterherd, Entleerung durch die Luftwege, Retrovesikaler (Legrain) 278.
Eiterung bei Blattern (Drennam) 591.
Eiweifs im Harn, Kochprobe mit Salpetersäure (Ehrström) 304.
Ekzema (Unna) 477.
— chronisches (Heffernan) 360.
— Hitze und Kälte (Warde) 469.
— im Kindesalter (Ravogli) 360.
— parasitarium capillitii et ungium (Afzelius) 269.
— scrophulosorum (Klingmüller) 178.
— seborrhoicum auf luetischer Basis (Gaucher) 315.
— strichförmiges (Orlipski) 360.
Ekzema, postvaccinal entstanden (Ledermann) 556.
Elastin in Geschwülsten, Neubildung von (Fischer) 395.
Elephantiasis lymphangiectatica congenita (Vollmer) 202.
— syphilitica (Ustinow) 319.
— vulvae und Syphilis (Tschlenow) 120.
Elektrolytische Dilatation der Urethra (Desnos) 511.
Empyroform (Kraus) 390. 537.
Empyroleum album pini (Goldberg) 456.
Endarteriitis obliterans und symmetrische Gangrän (Morgan) 579.
Endoskopische Instrumente (Küsel) 559.
Englisches Pflaster, Ersatz (Philippson) 537.
Enteritis, chronisch-ulcerative (Wodinsky) 392.
Epidermolysis bullosa heredit. congenita (Stanislawsky) 318; (Bukovsky) 559.
Epididymitis, blennorrhoische (Bärmann) 391; (Nobl) 561.
Epidurale Injektionen (Cathelin) 129.
Epithel und Bindegewebe, histologische Beziehungen (MacLeod) 307.
Epithelfasern, Neue Darstellung der (Unna) 289. 337.
Epithelioma contagiosum, Mitigation (Marx und Sticker) 409.
Epithelperlen in den Zungenpapillen (Stahr) 527.
Epithelzellen in breiten Kondylomen (Ehrmann und Oppenheim) 201.
Epithelgold und -silber (Strauss) 530.
Erosio portionis vaginalis (Vörner) 305. 515.
Erythema exsudativum multiforme (Panichi) 189; (Hohlfeld) 585.
— — — bei Herz- und Nierenkranken (Whitfield) 308.
— induratum (Bazin) (Harttung) 178. 393; (Söllner) 545.
— und Tuberkulose (Thomas) 140.
— pernio (Dore) 469.
— pruriginosum senile (Moberg) 269.
— schuppend, scarlatiniform (Lucy) 282.
Erytheme als Krankheitsanzeiger (Galloway) 307.
Erythrodermia exfoliativa universalis tuberculosa (Brunsgaard) 560.
Erythrodermie pityriasique (White) 185.
— — en plaques disséminées (Brocq) 347.
Erythromelalgie (Shaw) 586.
— bei Syringomyelie (Taubert) 71.
Eudermol bei Krätze (Marenbach) 359.
Exanthem, eigenartiges (Lippmann) 506.
Exantheme (Sommerset) 586.
Exanthematische Ausschläge (Reid) 71.
Exanthematisches Fieber, Diagnose (Courmont) 72.

Färbetechnik (Ledermann) 570.
Favus (Glück) 389; (Metscherski) 456.
— erythema-squamosus (Truffi) 365.
— Behandlung mit Formalin (Sokolow) 557.
Fettgewebe, Atrophie (Kraus) 457.
Fibrinausscheidung im Urin (Isaac) 176.
Fibrinurie bei Nephritis (Lostorfer) 486.
Fibroneurome, miliäre, des Neurofibroms (Lapponi) 317.
Fingernägel, gelblichweifse (Buschke) 175.
Fistelgang, alter, nach venerischem Bubo (Respighi) 189.
Fluorepidermin (Meitner) 539.
Fötus, Extraktion aus der Blase (Guisy) 279.
Follikularschanker (Vörner) 204.
Formalin bei Favus (Metscherski) 456; (Sokolow) 537.
Formol bei Hyperidrosis plantaris (Vaillard und Folliasson) 288.
Fragilitas crinium (Jackson) 508.
Framboesia brasiliana 514.
— beim Geflügel (Calder) 372; (Fox) 372.
Frostcyanose (Dore) 469.
Furunkulosis, chronische (Krikortz) 270.
— vegetabilische Diät (Guinsbourg) 283.

Gangrän, diabetische (Hartmann) 70.
— — der Zehe (Fisher) 414.
— der Nasenspitze (Balzer und Fouquet) 510.
— emphysematöse (Stamm) 369.
— symmetrische (Bronson) 507; (Morgan) 579.
— — bei Typhus (Rooth) 370; (Troup) 370.
Gangränöser Schanker (Róna) 562.
Gelatine, Behandlung (Saalfeld) 556.
Genitalchirurgie (Proust) 484.
Genito-Analgegend, Geschwüre (Welander) 268.
Gerber-Erkrankungen (Löwenbach) 581.
Geruch der Europäer (Adachi) 376.
Geschlechtliche Erkrankungen, unverschuldete (Ries) 355.
Geschlechtskranke, soziale Fürsorge (Saalfeld) 523.
Geschlechtserkrankungen, Geschichte und Bedeutung (Wolters) 428.
Geschlechtskrankheiten, Merkblatt zur Bekämpfung der 230.
— Bekämpfung (Fraenkel) 455.
— und Kurpfuscherei (Alexander) 466.
— Warnung der Studierenden vor den Gefahren der 544.
— Kampf gegen (Sack) 39; (Hopf) 39; (Margulies) 39.
Geschlechtskrankheiten, Mitteilungen der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der 30.
— Prophylaxe (Blokusewski) 40; (Schultze) 40.
— zur Verhütung von (Feibes) 522.
— Bedeutung für die Hebammen (Ledermann) 40.
— und Prostitution (Jordan) 522.
— Körperverletzung durch Ansteckung mit (Saalfeld) 41.
Geschlechtsverkehr und Geschlechtskrankheiten, Gefahren (Hopf) 39.
Geschwulstbildung in einer Tätowierungsmarke (Ullmann) 49.
Gesundheitspoliklinik (Butte) 283.
Gewebszellen, Jodgehalt (Justus) 392.
Gichttripper (Scherk) 423.
Gingivitis, blennorrhoische (Vines) 516.
Glasröhren für Katheter (Goldberg) 395.
Glossitis marginalis hereditaria (Gaucher) 315.
— syphilitica (Radzich) 224.
Glycerinlymphe, frische und gelagerte (Levy) 136.
— normale (Runyon) 137.
— Das Vaccinevirus und die Gefahren der (Runyon) 136.
Glykosal (Sorrentino) 58.
Gonococcus Neisser (Paldrock) 318.
— Hämolytisches Vermögen des (Mosca) 521.
Gonokokken, Diagnose durch Kulturmethode (Bärmann) 391.
Gonokokkenfärbung (Wahl) 521; (Bernstein) 522.
Gonokokkenpneumonie (Bressel) 515.
Gonorol (Meissner) 343.
Gonosan bei Blennorrhoe (Saalfeld) 392.
Granulom, multiple (Barlow) 368.
Granulome, infektiöse (Secchi) 138.
Granulosis rubra nasi (MacLeod) 306.
Guajakpräparate (Friboes) 322.
Gumma (Harttung) 178; (Urban) 179.
— am Unterschenkel (Strassmann) 177.
Gummata, luetische (Pini) 225.
— an Injektionsstellen von Quecksilberpräparaten (Juliusberg) 224.

Haare, Depigmentation der ekzematös erkrankten (Schwenter-Trachsler) 233.
Haarpflege, Notwendigkeit einer vorbeugenden (Bloch) 41.
Haarsystem des Menschen (Pinkus) 304.
Hämatologische Untersuchungen bei Dermatosen (Daccó) 513.
Hämatoporphyrinurie bei hereditärer Syphilis (Vollmer) 122.
Hämaturie, essentielle (Spaziante) 486; (Chetwood) 486.
— bei Urotropin (Coleman) 574.

Hämoglobinurie, paroxysmale (Mattirolo und Tedeschi) 486.
Hämolytisches Vermögen des Gonococcus (Mosca) 521.
Hämorrhoiden, Entfernung (Martin) 412.
Hamamelis virginica, Erythem durch (Lucy) 282.
Harnapparat, Tuberkulose (Hallé und Motz) 127.
Harndesinfektion (Impens) 205.
Harnröhre s. Urethra.
Harnröhrenerkrankungen, Antiseptischer Öltampon (Rucker) 518.
— mechanische Behandlung (Remete) 396.
Harnröhrenkrampf 168.
Harnröhrenstriktur s. Striktur.
Harnsäurekristalle und periurethraler Abscefs (Chance) 424.
Harnseparator, graduierter (Cathelin) 279.
Harnverhaltung, Bottinische Operation (Duhot) 428.
Harnwege, Erkrankungen (Cathelin) 358.
Hasenvenerie (Mayer) 182.
Haut, Abgüsse mit Cathcarts Material (Shennan) 140.
— Vergleichende Pathologie der (Heller) 394.
— Glatte Muskelfasern der (Vignolo-Lutati) 457.
— Einfluſs der Becquerelstrahlen auf die (Halkin) 121.
— Hysterische Neurosen der (van Harlingen) 349.
— neoplastische Formen (Chirivino) 44.
— Flüchtiges Reizödem der (Philippson) 203.
— ein Resorptionsorgan (Rohden) 33. 520.
— Trophoneurosen der (Volhard) 524.
— Tuberkulose der (Leredde) 139; (Neumann) 140.
Hautanämie (Rosenbach) 405.
Hautanomalien bei Organstörungen (Ullmann) 524.
Hautatrophie, idiopathische (Lehmann) 412.
Hautausschläge in Verbindung mit Malariainfektion (Engman) 42.
Hautcarcinom, hyaline Degeneration (Marullo) 17.
— Behandlung mit Röntgenstrahlen (Gotthold) 407.
Hautdesinfektion (Bonhoff) 428.
Hautempfindlichkeit mit Algesimeter gemessen (Hoesslin) 43.
Hautentzündung, allgemeine (Linser) 179.
— Lymphstauung der (Sack) 576.
Hautentzündungen (Crocker) 42.
— Die Zustände, die sie verändern (Crocker) 523.
Hautflecke des Rumpfes (Iwanow) 308.
Hautgangrän, arteficielle (Gross) 68.
— im Verlaufe der Variola (Schamberg) 187.
Hautgefäfse durch thermische Reize beeinflufst (Kreidl) 33.
Haut- und Höhlenhydrops (Kroenig) 578.
Hauthypothermie (Rosenbach) 405.
Hautkrankheiten, Handbuch (Mračck) 356.
— Kursus der praktischen Therapie 32.
— und Ernährungsstörungen (Dalton) 43.
— der behaarten Kopfhaut (Sabouraud) 312.
— durch Primula obconica (Gassmann) 68.
— Wachsmodelle von (Frank) 288.
— Moderne Ziele und Erfolge der Therapie der (Pick) 385.
— Nervöse (Joseph) 582.
— Tuberkulöse, behandelt mit X-Strahlen (Rodman und Pfahler) 406.
— Kalium permanganicum bei (Truffi) 59.
— durch Röntgenstrahlen behandelt (Gassmann) 48.
Hautpflege und Badewesen (Hopf) 46.
Hautsarkom, idiopathisches (Lapponi) 317.
Hauttemperatur und Lichtstrahlung (Sommer) 528.
Helmitol (Rosenthal) 59. 539; (Müller-423; (Seifert) 540.
Hemiatrophia facialis (Savill) 414.
Hermaphroditismus (Landau) 421; (Garrè) 421; (Zander) 422.
Heredosyphilis (Gaucher) 315.
Heroinum hydrochloricum (Strauss) 60.
Herpes (Merk) 583.
— brachialis (Pearson) 584.
— labialis bei croupöser Pneumonie (Howard) 71.
— progenitalis (Ehrmann) 584.
— tonsurans s. Trichophytie.
— zoster s. Zoster.
— des Collum uteri (Druelle und Lévy-Bing) 214.
Herzkrankheiten, syphilitische, deren pathologische Anatomie (Quensel) 303; (Runenberg) 308.
Hidrocystom (Lebert) 212.
Histochemischer Nachweis von Quecksilber (Fischel) 460.
Hohlnägel Waelsch) 562.
Homosexualität (Hirschfeld) 475.
Hydrargyrum oxycyanatum (Asch) 61.
— salicylicum, Veränderungen nach intramuskulären Injektionen (Pezzoli) 44.
Hydrocele, Operation (Licovish) 474.
Hydrocystadenom 505.
Hydrogenium peroxydatum purissimum (Ravasini) 61.
Hydroxylamin bei Psoriasis (Phillips) 364.

Hyperalgie bei Appendicitis (Sherren) 527.
Hyperidrosis pedum, Formol bei (Vaillard und Folliasson) 283.
Hypersekretion der Urethraldrüsen, Postblennorrhoische (Bodländer) 305.

Ichthalbin (Marcuse) 540.
Ichthargan (Neuwerth) 540.
— bei blennorrhoischer Entzündung (Rychner) 401.
Ichthyol (Besdjetnoff) 61.
— bei Brandwunden (Goldmann) 580.
Ichthyosis (Gassmann) 364.
— hereditäre (Halley) 364.
— hystrix (Prissmann) 419.
— irritabilis (Audry) 473.
Ikterus, syphilitischer (Samberger) 464.
Impetigo variolosa 187.
Impfergebnisse und Impftechnik (Schenk) 134.
Impfmesser, Sterilisierung (Sagrandi) 134.
Impfstoff, Gewinnung (Smith) 135.
— für Wiederimpflinge (Berger) 136.
Impftuberkulose, bovine (Lassar) 566.
Impfung s. Vaccination.
Impfwesen auf der Weltausstellung Paris (Burckhardt) 138.
Influenzabacillen bei Masern und Scharlach (Liebscher) 589.
Injektionen, epidurale (Cathelin) 353.
Initialsklerose, Anatomie (Bernhardt) 329.
— extragenitale syphilitische (Friedmann) 329.
— der Tonsillen (Vidal) 220.
Jodexanthem (Sykes) 582.
Jodgehalt der Zelle (Justus) 34.
Jodipin Merck (Ravasini) 61; (d'Amato) 317; (Neuhaus) 398; (Hönigschmidt) 540.
Jodkalium (Anton) 61.
Jododerma tuberosum fungoides (Schütze) 173.
Jodoform, Intoxikationspsychose (Schwerin) 62.
Jodoformausschläge, Ursache (Audry) 27. 473.
Jodophen (Benassi) 540.
Jodquecksilberkakodylat (Löwenbach) 335.
Jodtinktur statt Jodkalium (Richter) 541.
Iritis und Paralysis (Hall) 468.
Irresein, syphilitisches (Keraval und Caudron) 286.
Juckausschlag im Kindesalter (Lappert) 417.
Jucken, Behandlung (Bronson) 418.
Juckstillende Behandlung (Leredde) 313.
Juristisch-medizinische Beiträge (Sack und Wertheimer) 400.

Kachexie, syphilitische (Nicolich) 316.
Kältegrade, hohe, bei Lupus und Carcinom (Arning) 391.
Kakodylsalze (Wechselmann) 556.
Kalium permanganicum bei Hautkrankheiten (Truffi) 59.
— — bei Lupus vulgaris (Verrotti) 191.
Kalomel, lösliches (Galewsky) 392.
Kalomelinjektionen bei Syphilis (Lesser) 358.
Kankroid, ulceriertes (Lesser) 503.
Karbolgangrän (Romeick) 582.
Karbolvergiftung (Raubenheimer) 537.
Karbunkel, Behandlung mit Kollodiumpinselung (Hauffe) 371.
Kathetereinfettungsmittel (Goldberg) 395.
Katheterisierung (Grosse) 343.
Keloid des Ohrläppchens (Perrin) 213.
Keloide, multiple spontane (Tschlenow) 180.
Keratohyalinfärbung, Cresylechtviolett bei (Fick) 519.
Keratosen, präkanceröse (Hartzell) 348.
— symmetrische (Ledermann) 555.
Keratosis pilaris rubra (Pinkus) 557.
Klinik Ratimoffs (Vainisch-Sianogennsky) 309.
Knochensyphilis im Röntgenbilde (von Niessen) 330.
Knotenbildung in der Haut (Kraus) 457.
Knotenerkrankung der Haut (Sack) 393.
Körperverletzung durch Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten (Saalfeld) 41. 193.
Kohlenbogenlicht und Eisenbogenlicht (Busck) 183; (Kromayer) 400.
Koilonychia (Waelsch) 562.
Kondylome, Epithelzellen in breiten (Ehrmann und Oppenheim) 201.
Konferenz, II. internationale zur Verhütung der Syphilis (Blaschko) 38.
Konträrsexualität (Barker) 422.
Kopfhaut, Krankheiten der behaarten (Sabouraud) 534.
Koplikscbe Flecke (Aronheim) 589.
Korkzelle, Säurefestigkeit (Delbanco) 245.
Krätze s. Scabies.
Kreatininausscheidung (Malfatti) 397.
Krebsbehandlung mit Cancroin (Adamkiewicz 407.
Krusten und Narben (Sabouraud) 282.
Kurpfuscherei und Geschlechtskrankheiten (Alexander) 465.

Labiomykosis (Evans) 469.
Lampe nach Rein-Finsen (Nagelschmidt) 557.
— neue, für lichttherapeutische Zwecke (Strebel) 57.

Leberresektion wegen Gumma (Ullmann) 332.
Leichentuberkel 462.
Lentigo infantilis profusa (Audry) 472.
Lepra (Sokolow) 557.
— Diagnostik (Shepherd) 508.
— Sektionsbefund (Wodinski) 892.
— in Algier (Raynaud) 473.
— in Birma (Laurent) 31.
— in Bosnien (Glück) 892.
— in Triest (Freund) 137.
— der Ovarien (Glück und Wodinski) 462.
— larvierte oder sporogenetische (Ashmead) 137.
— tuberosa (Hubert) 318.
— Heredität (Reschetillo) 318.
— soziale Prophylaxe (Reschetillo) 318.
— Behandlung mit Chaulmoograöl (Ashmead) 138.
— — mit X-Strahlen (Oudin) 188. 288.
— und Lupus der Nase (Leredde und Pautrier) 131.
Leprabacillen, Säurefestigkeit (Delbanco) 245.
Leprahospital in Havana (Dyer) 137.
Lepröse, soziale Behandlung während der christlichen Ära (Ashmead) 137.
Leukoderma syphiliticum (Welander) 268.
Leukonychie (Brauns) 463.
Leukoplakia buccalis (Moberg) 271.
Lichen chronicus circumscriptus (Audry) 214; (Dalous) 509.
— pilaris (Blaschko) 506.
— ruber acuminatus (Buschke) 173; (Heller) 181.
— — atrophicus (Wechselmann) 506.
— — planus (Pinkus) 173; (Dübendörfer) 178; (Sederholm) 270; (Lippmann) 506; Delille und Druelle) 512.
— — kreisförmig (Seegall) 556.
— — und Bleivergiftung (Audry) 473.
— — verrucosus (Seegall) 175; (Adler) 557.
— scrophulosorum (Klingmüller) 178; (Porges) 460; (Söllner) 545.
— simplex chronicus (Adler) 557.
— — verrucosus (Blaschko) 506.
Lichenoide Eruption, Vitiligo nach (Pinkus) 183.
Lichteinwirkung auf Amöben (Dreyer) 403.
Lichtheilanstalt, Krankenpflege in Finsens (Zabel) 876.
Lichtsammelapparat (Finsen und Reyn) 403.
Lichtstrahlen, baktericide (Jansen) 402. 403.
Lichtstrahlung und Hauttemperatur (Sommer) 528.
Lichttherapie (Duhot) 48; (Strebel) 395; (Butler) 533; (Below) 533.
Lues s. Syphilis.
Luetisch s. Syphilitisch.
Lupus erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
— follicularis disseminatus, (Bettmann) 190.
— vulgaris (Finsen) 190.
— Pathogenese (Philippson) 463.
— des Gaumensegels (Landouzy) 190; (Nicholson) 191; (Woodcock) 191.
— der Nase (Leredde und Pautrier) 131.
— pharyngis (Mygind) 401.
— des Scrotum und Penis (Wallart) 271.
— Behandlung (Dreuw) 193; (Credé) 218; (Behaegel) 219; (Petersen) 219.
— neue Behandlungsmethode (Ranelletti) 374.
Lupusähnliches Gewebe, Verkalkte Körper im (Gilchrist und Stokes) 507.
Lycopodiumspore, Säurefestigkeit (Delbanco) 245.
Lymphangiom, circumscriptes (Siebert) 177.
Lymphodermia perniciosa (Rosenthal) 176.
Lymphosarcoma bulbi urethrae (Kapsammer) 517.
Lymphostase bei Syphiloma ano-rectale (Audry) 473.
Lymphstauung der Haut (Sack) 576.

Malaria und Hautausschläge (Engman) 42.
Malum perforans im Munde (Capdepont und Rodier) 215.
Mandelschlitzung (Nicolai) 28.
Masern s. Morbilli.
Masernkroup (Dodin) 589.
Masernotitis (Sogar) 80.
Medizinal-Kalender 571.
Melasma, suprarenale (Pospelow und und Gautier-Dufayer) 458.
Melanosis, totale (Dolbey) 411.
Membran der Stachelzellen (Unna) 289.
Menièresche Krankheit (Albrecht) 175.
Mercks Index 45.
Merkuriol (Dreessmann) 62; (Blomquist) 275.
Merkuriolöl (Möller) 274.
Mesotan (Kropil) 541; (Kayser) 541.
Metallpulver, aseptisches (Hoffmann) 62.
Methylenblau bei Erkrankung der Harnwege (Bialobrzeski) 423.
Mikroskopische Technik (Ledermann) 570.
Mikrosporon furfur und Mikrosporon minutissimum, Kultivierung (Vörner) 37. 521.
Milzbrand, äußerer (Graef) 371; (Nietert) 370; (Federschmidt) 371.

Mirmol bei bösartigen Neubildungen (Ranelletti) 374.
Molluscum contagiosum, Lokalbehandlung bei Psoriasis und (Wishart) 363.
— fibrosum (Robinson und Whitfield) 409.
Mongolen-Kinderfleck (Adachi) 411.
Morbillidiagnose, Koplikscbes Symptom (Castelli) 79.
— Fälle, zwei seltene (Grober) 79; (Nachold) 80.
— gefährliche Infektionskrankheit 79.
— Verhalten des Blutes bei (Reckzeh) 78.
— Arthritis bei (Craik) 80.
— Komplikation von seiten des Ohres (Jarecky) 80.
— Anginöse Scarlatina kompliziert durch Diphtherie und (McGee) 78.
— und Röteln (Reid) 81.
— und Scharlach, gleichzeitiges Auftreten (Dent) 77.
— — Influenzabacillen bei (Liebscher) 589.
— und Varicellen (Blackett) 80.
Morbus Basedowii s. Basedowsche Krankheit.
— maculosis Werlhofii (Deckers und Meessen) 282.
Morphoea (Savill) 414.
Mundpflege bei Quecksilberkuren (Müller) 305.
Muskelfasern der Haut, glatte (Vignolo-Lutati) 457.
Myiasis externa (Henneberg) 418.
Mykosis fungoides (Meyerhardt) 176; (Pospelow) 319; (Riecke) 560.
Myxosarkom (Mosca) 408.

Naevi, Histologie (Saiks) 275.
— systematisierte (Strasser) 272.
— cystepitheliomatosi (Winkler) 461.
Naevus des Gesichts (Winkler) 461.
— Behandlung mit Heifswasserinjektionen (Griffith) 419.
— papillaris pigmentosus progrediens (Prissmann) 419.
— pigmentosus der Conjunctiva und Cornea (Oppenheimer) 419.
— universeller (Hutton) 420.
Naevuszellen und Naevustumoren (Laaijer) 420.
Nägel bei Krankheiten des Gesamtorganismus (Heller) 525.
Nagelbildung, doppelte (Hollstein) 505.
Nagelerkrankungen (Heller) 398.
— mykotische (Sederholm) 269.
Narben und Krusten (Sabouraud) 282.
Natron-Kakodylat (Pabis) 62.
Nebennierenpräparate (Baum) 395.
Nephritis, interstitielle bei Syphilis hereditaria (Sutherland und Walker) 331.
Nephritis, parenchymatöse bei Lues (Wagner) 229; (Mühlig) 285.
— Syphilitische (Ortmann) 178; Waldvogel) 219; (Colmayer) 285.
Nervenveränderung durch auf die Haut gebrachte toxische Substanzen (McCarthy) 42.
Nervenzellenfärbung, Ergebnisse (Luzatto) 35.
Neubildungen, bösartige, neue Behandlungsmethode (Ranelletti) 374.
Neurodermitis circumscripta (Dalous) 509.
Neurofibromatose (Breton) 410.
Neurosen, hysterische, der Haut (van Harlingen) 349.
Nierenchirurgie und Syphilis (Margulies) 285.
Niereninfektion, hämatogene (Sakata) 206.

Ödem, akutes, circumscriptes (Mendel) 64.
— des Gesichts (Geoghhegan) 576.
— des Handrückens (Borchard) 577.
— einer Oberextremität (Collet und Beutter) 577.
Ödemknoten der Wangen, Syphilitische (Audry) 472.
Öle, Verwendung (Herxheimer) 535.
Öltampon, antiseptischer bei Harnröhrenerkrankungen (Rucker) 518.
Onychatrophia congenita (Most) 420
Onychograph zur Beobachtung des Verhaltens der Hautgefäfse auf thermische Reize (Kreidl) 33.
Oophoritis chronica leprosa 462.
Ovarien, Lepra der (Glück und Wodynski) 462.
Oxalurie (Ogden) 487.

Palma bei Affen (Friedenthal) 395.
Parakeratosis variegata 141.
Paralyse, Heilbarkeit (Leredde) 351.
— und Iritis (Hall) 468.
— allgemeine, syphilitischer Natur (Leredde) 331; (Kötschet) 388.
Paraplegia spasmodica, syphilitische (Marie) 286.
Parasporiasis, Beiträge zur Kenntnis (Bucek) 141; (Broca) 347.
Parasiten, protozoenähnliche, bei Syphilis (Schüller) 397.
Parasyphilitische Affektionen (Leredde) 31. 130. 220.
Paronychie, Operation (Tousey) 367.
Pars anterior urethrae beim Weibe (Legueu und Duval) 309.
Pellagra (Würzel) 579.
— Hautveränderungen (Wurzel) 393.
— Anomalien des Stickstoffwechsels (Moreschi) 65.

Pellagra, Ausbreitung in Ägypten (Sandwith) 65.
Pemphigus, Kasuistik (Prissmann) 205.
— akuter (Whitfield) 306.
— chronicus malignus (Fohr) 366.
— neonatorum (Ostermayer) 465.
— — epidemischer (Pasini) 189. 316.
— und pemphigusartige Dermatosen (Radaeli) 316. 514.
— vegetans (Bernhard) 368; (Hamburger und Rubel) 211.
Penissuspensionsverband (Weinberg) 205.
Perdrix 581.
Periostitis, luetische (Harttung) 177.
— — des Warzenfortsatzes (Collet und Beutter) 330.
Permeabilität des Urachus (Barthélemy) 280.
Petechialtyphus (Malincolico) 576.
Petrosapol, Petrolan, Petrosulfol (Ehrmann) 541.
Phagedänischer Schanker (Róna) 562.
Phalangitis gummosa (Sokolow) 456.
Phimosis, kongenitale (Woodyatt) 423.
Phlebitis im Frühstadium der Syphilis (Hoffmann) 565.
Phlyktänose der Extremitäten (Bodin) 510.
Photographier- und Demonstrationscystoskop (Casper) 206.
Phototherapeutischer Apparat (Bogrow) 181.
Photobiologie (Leredde und Pautrier) 352; (Chatin und Carle) 354.
Phototherapie und Photobiologie 352. 354.
— der Acne rosacea (Leredde) 313.
— — bei Carcinomen, Tuberkulose (Hyde, Montgomery und Ormsby) 530.
Pigeon 581.
Pigmente, fetthaltige (Lubarsch) 519.
Pigmentmälerbehandlung (Cohn) 301.
Pigmentsyphilis des Halses (Hullen) 569.
Pikrinsäure (Milward) 542.
— bei Urethritis blennorrhagica (Re) 519.
Pityriasis rubra pilaris (Jordan) 558.
Platyonichia hereditaria (Waelsch) 562.
Pocken s. Variola.
Pockeninfektion (Trautmann) 205.
Pollinisches Pulver (Nicolich) 316.
Primäraffekt s. Initialsklerose.
Primula obconica und Hautkrankheit (Gassmann) 68.
Profetasches Gesetz (v. Düring) 394.
Prostata und Blasentumoren (Montfort) 277.
— Hypoplasie (Rörig) 396.
— Rabdomyome der (Kaufmann) 483.
— Tuberkulose (Hallé und Motz) 127.
— Exstirpation (Freyer) 482.
— Massage (Guépin) 396.
Prostatacarcinom, primäres und umschriebenes (Oraison) 130.
Prostatachirurgie (Ricketts) 211.
Prostatahypertrophie (Watkins) 427; (Thomson) 427; (Vogel) 482.
— vom chirurgischen Standpunkt (Phillips) 209.
Prostatamassage (Guépin) 485.
Prostatasekret, blutiges (Goldberg) 29.
Prostatasteine (Erdmann) 483.
Prostatatumoren (Kapsammer) 483.
Prostatektomie (Andrews) 484.
— perineale (Tédenat) 280.
Prostatitis, blennorrhoische (Jordan) 29.
— und ihre Behandlung (Porosz) 29.
Prostituierte 230.
Prostitution (Jordan) 522.
— in Japan (Martin) 475; (Ashmead) 211.
— in Indien (Laurent-Montanus) 217.
— und Entartung (Laurent-Montanus) 217.
— Reglementierung (Neisser) 207.
Protargol bei Unterschenkelgeschwüren (Markovics) 578.
Protargolgelatine bei Blennorrhoe (Benario) 32.
Prurigo lymphatica (Buschke) 70.
Pruritus vulvae, diabetischer (Lorand) 416.
Psoriasis (Lipmann-Wolf) 175; (Klingmüller) 178; (Chalmers) 361; (Bürgener) 361; (Du Castel) 363.
— Histopathogenese (Verrotti) 509.
— Atypische (Hannemann) 177.
— der Mundschleimhaut (Oppenheim) 489.
— palmaris (Watt) 363.
— Behandlung (Freeman) 363; (Wishart) 363.
— — Arsensäureinjektionen (Seegall) 556.
— — mit Hydroxylamin (Phillips) 364.
— — mit permangansaurem Kalium (Butte) 283.
— — Thyreoidextrakt (Longbrotham) 364.
Purpura (Török) 188.
— fulminans (Ogilvie) 575.
— haemorrhagica (Ladevèze) 575; (Pick) 575.
— — nach Scharlach (Cullen) 65.
— — nach Seebad (Tonge) 65.
— Henochsche (Rommel) 575.
— rheumatica (Wells-Kircowan) 66; (Judson) 576.
— seltene Form (Gordon) 65.
Purpuraerythem, chronisches (Osler) 345.
Pyelitis bei Blennorrhoe (Marcuse) 516.
Pyorrhoea alveolaris (Ohmann-Dumesnil) 220.

Quecksilber, Aktion auf syphilitisches Gewebe (Fischel) 460; (Siebert) 563.

Quecksilber, Lokalisation bei Quecksilbervergiftung (Almkvist) 543.
— Injektionen von cyansaurem (Abadie) 334.
Quecksilberbehandlung, Gefahren (Leredde) 131.
Quecksilberdosen und Quecksilberbehandlung (Leredde) 60.
Quecksilberinjektionen (Desesquelle) 283. 569; (Jullien) 572.
— intratracheale (Carnot) 358.
Quecksilberpräparate bei Syphilis (Desesquelle) 311.
— Wirkung (Vinci) 544.
Quecksilberreaktion bei Syphilitischen (Rille) 332.
Quecksilbersalbe, Dermatitis durch (Holmes) 70.
Quecksilbersalze (Jullien und Berlioz) 571.
Quecksilbervelopurin (Rosenberg) 572.
Quellsalzseifen (Bardach) 572.
Quinckesche Krankheit (Bastogi) 576.

Rabdomyome der Prostata (Kaufmann) 483.
Radiochronometer 532.
Radiologische Schutzmaßnahmen (Holzknecht und Grünfeld) 581.
Radiotherapie (Butler) 48; (Allen) 185; (Lesser) 503; (Hyde) 530; (Freund) 532.
Radiumbehandlung (Holzknecht) 393.
Radiumwirkung (Scholtz) 395.
Raynaudsche Krankheit (Crisati) 64; (Balzer u. Fouquet) 510.
Reglementierung (Pappritz) 467.
Regurgitieren aus der Urethra posterior (Asakura) 29.
Reizödem, flüchtiges der Haut (Philippson) 208.
Retentio testis inguinalis, Operation (Louyard) 426.
Retentionscysten (Bakovsky) 559.
Rheumatismus nodosus (Hohlfeld) 585.
Rhinophyma behandelt mit Röntgenstrahlen (Strebel) 533.
Rhinosklerom (Marschalkó) 389.
— in Deutschland (Lissauer) 368; (Gerber) 369; (Alexander) 369.
— Thiosinamin bei (Glas) 369.
Rhinoskleromgewebe, Hyalin und Bacillenhüllen im (Unna) 35.
Rhus vernicifera (Baraczinski) 582.
Ringelhaare 568.
Ringworm s. Trichophytie.
Röntgeno - therapeutische Vorreaktion (Holzknecht) 274.
Röntgenstrahlen, Wirkung (Mac Leod) 470.
— ihre Einwirkung auf die physikalische Zusammensetzung der Zelle (Glahn) 529.
Röntgenstrahlen in der Dermatologie (Stelwagon) 347; (Pusey) 348; (Gassmann) 48; (Scholz) 532; (Morris u. Dore) 533; (Strebel) 533.
— als therapeutisches Mittel (Brokaw) 47; (Schmidt) 556.
— bei Carcinomen und bei tuberkulösen Hauterkrankungen (Rodman u. Pfahlen) 406; (Gotthold) 407.
— bei Krebs (Pfahler) 431.
— bei Lepra tuberosa (Oudin) 283.
— bei Nieren- und Blasensteinen (Moseley) 425.
— bei Trichophytie (Whitfield) 365.
— bei Ulcus rodens (Hall-Edwards) 407.
Röntgendermatitis mit fieberhafter Allgemeinerkrankung (Holzknecht) 274.
Röntgenverbrennungen, forensische Beurteilung (Holzknecht) 68. 580.
Röteln (Bäumler) 590.
— scharlachähnliche (Curtis und Shaw) 81.
— und Masern (Reid) 81.
Roseola, Syndrom von Weber (Simonin und Dopter) 79.
Rossigiol 581.
Rotz beim Menschen geheilt (Nicolle) 359.
Rupia variolosa 187.

Sakralkanal, Punktion des (Cathelin) 353.
Salben, medikamentöse, Nebenwirkungen (Waelsch) 534.
Samenblasen und Blennorrhoe (Lewin) 395.
Sandelöl und Gonorol (Meissner) 343.
Sarcina, neue (Nagano) 522.
Sarcoma idiopathicum cutis (Viganò) 408.
— — pigmentosa Kaposi (Mašek) 389.
— mit Leukocyten (Glück) 389.
— melanotisches (Gaetano) 408.
— multiplex pigmentosa haemorrhagicum idiopathicum (Sellei) 273.
Sarcomatosis cutis (Wende) 346; (Lieberthal) 407.
Scabies, Behandlung (Balzer) 359.
— Eudermol bei (Marenbach) 359.
Scarlatina, Diagnose (Jacquet) 73.
— Scharlachvirus, Diffundierbarkeit des (Sutherland) 73.
— Beobachtungen über (Newcomb) 73.
— Kontagiosität und Prophylaxe (Martucci) 73.
— Ansteckung durch Rekonvaleszenten (Aaser) 304.
— Epidemie (Günther) 586.
— Verhalten des Blutes (Reckzeh) 78.
— interessanter Fall (Reinige) 74.
— anginöse (Mc Gee) 78.
— Arthritis (Marsh) 75.
— Rezidivieren (Sloan) 74.

Scarlatina zum fünften Male (Everard) 75; (Fielding) 75.
— Isolierung (Cameron) 74.
— und Morbilli, Influenzabacillen bei (Liebscher) 589.
— und Masern, gleichzeitiges Auftreten (Dent) 77.
— Scharlachniere und Diphtherieniere (Heubner) 75.
— Purpura haemorrhagica nach (Cullen) 65.
— Behandlung (Saunders) 588; (Escherich) 588.
— — Antistreptokokkenserum (Baginsky) 77.
— — Lichttherapie (Schoull) 76.
— — Scharlachfieberserum 77.
— — mit normalem Blutserum (Engel) 76.
— — mit Scharlachstreptokokkenserum (Moser) 76; (Baginsky) 77.
— — Streptokokkenserum Moser (Pospischill) 588.
Scarlatiniforme Serumexantheme (Leiner) 69.
Schafpocken s. Varicellen.
Schanker, harter s. Initialsklerose.
— weicher s. Ulcus molle.
Scharlach s. Scarlatina.
Schaumzellen und die Histologie des Rhinoskleroms (Unna) 36.
— 378. 379. 380. 381. 382. 383.
Schmelzapparat für Unnaschen Zinkleim 544.
Schmierseifenverätzung (Most) 68.
Schuppen, grüne, durch Bacillus pyocyaneus (Engman) 359.
— und Krusten, Histogenese (Sabouraud) 184. 282.
Schwefelquellen von Saldino (Casoli) 534.
Schweifs, Untersuchungen über den menschlichen (Brieger und Disselhorst) 34.
Schweifsdrüsen, Physiologie (Frédérica) 34.
Schweifsdrüsenadenome (Pick) 503.
Scrotum, Favus des (Newborn) 132.
— Zerfall bei Anthrax (Geiger) 370.
Seborrhoea squamosa (Gaucher) 359.
— des Gesichts (Robin) 367.
Sehnenscheiden, Entzündung der (Adler) 175.
Selenin Klebs (Krüger) 394.
Seuchengesetz, preufsisches (Fraenkel) 336.
Sepsis beiimpetiginösem Ekzem (Pitó) 317.
Sinnesorgane, dem Haar benachbart (Pinkus) 394.
Sklerodermie des Gesichts (Savill) 414.
— diffuse (Heynacher) 415.
— und Morbus Basedowii (Möller) 271.
Sklerom, Kontagiosität (Gerber) 369.
Skleromherd in Ostpreufsen (Gerber) 369.
Skorbut (Latour) 574.
Skorbut, physiologische Erfahrungen für Entstehung (Rogers) 66.
— bei einem Säugling (Young) 66.
Soolbad (Bahrmann und Kochmann) 534.
Sozojodol-Natrium bei Scharlach (Blumenfeld) 588.
Spektralstrahlen, Penetrationsfähigkeit (Busck) 403.
Spermatocystitis (Neuhaus) 170.
Spermatorrhoe als Krankheit sui generis (Armond) 211.
Stachelzellen, die Membran der (Unna) 289. 337.
Staphylococcomycosis cutis bei Diabetes mellitus (Studzinski) 366.
Stauungsödem (Sack) 576.
Stieglitz 581.
Stomatitis ulcerosa (Löblowitz) 368.
Streptococcus und Scharlach 587.
Striktur, spastische 168.
Strikturen der Harnröhre (Marcuse) 343.
— Massage (Bartrina) 76.
Sublamin und Sublimat, toxische Wirkungen (Schuftan) 63; (Friedländer) 358.
Symphyseotomie, halbe (Diehl) 425.
Syphilid, annuläres, kleinpapulöses (Schäffer) 178; (Harttung) 178.
— Hämorrhagisches (Thimm) 329; (Rille) 454.
— nodosum profundum (Audry) 472.
— peripilläres (Jonitescu) 213.
Syphilidophobie (Rothmann) 219.
Syphilidologische Beiträge (Neuhaus) 398.
Syphilis 230.
— II. internationale Konferenz zur Verhütung der (Blaschko) 38.
— gegenwärtiger Stand der Syphilisfrage (Barthélemy) 315.
— americana (Comet) 219.
— in Bosnien (Glück) 386. 387.
— in Deutschland, Geschichte (Richter) 323.
— im Kreiskrankenhaus Lichterfelde (Richter) 358.
— in Pariser Bordellen (Butte) 284.
— in Tunis (Batut) 214.
— Bacillenbefunde (Waelsch) 389.
— Blutuntersuchungen (Löwenbach und Oppenheim) 221.
— Blutveränderungen (Justus) 221.
— pathologisch-anatomisches Charakteristikum (Renaut) 31. 220.
— protozoenähnliche Parasiten (Schüller) 397.
— moralische Ätiologie (Morrow) 184.
— Immunität (von Düring) 222.
— Übertragung auf Schweine (Neisser) 130; (Sowinsky) 319.
— Übertragung auf Schimpansen (Leredde) 513.
— interessante Fälle (Bleicher) 221.

Syphilis gravis (Haberhauffe) 221.
— tarda (Lippe) 328.
— ulcerosa maligna praecox (Nicolich) 316.
— des Kehlkopfes (Robertson) 330.
— tertiäre (Mosca) 225.
— viscerale (Wodinsky) 388.
— des Darmes (Havas) 392.
— der Leber (Stockton) 225.
— des Magens (Fournier) 314; (Lévy-Bing) 315.
— der Mamma (Heller) 332.
— des Nervensystems (Coulter) 211.
— des Gehirns; Sehstörungen bei (Barabaschew) 318.
— und Nierenchirurgie (Margulies) 285.
— und Blattern (Schamberg) 328.
— nnd Elephantiasis vulvae (Tschlenow) 120.
— und Paralyse (Kötschet) 388.
— und Pyorrhea alveolaris (Ohmann-Dumesnil) 220.
— und Tabes (Friedländer) 286; (Hödlmoser) 388.
— und ärztliches Berufsgeheimnis (Morrow) 344.
— Geschichte einer ehelichen (Malherbe) 31.
— und Lebensversicherung (Bramwell) 219.
— Abortivbehandlung (Duhot) 333.
— klimatische Behandlung (Douty) 333.
— gemischte Behandlung (Ohmann-Dumesnil) 336.
— Behandlung mit Jodipin (D'Amato) 317; (Trenwith) 333.
— — mit Kalomelinjektionen (Lesser) 358.
— Serotherapie (Gross) 334.
— Behandlung mit Sublamin (Friedländer) 211. 358.
— Quecksilberpräparate bei (Desesquelle) 311.
— Quecksilberreaktion bei (Rille) 332; (Siebert) 563.
— Reaktion bei Zungenschleimhaut auf Quecksilber (Baroch) 224.
— hereditäre (Vörner) 276; (Hecker) 325; (Profeta) 327; (Griffith) 328.
— — Pathologie und Therapie (Buschke) 405.
— — Vererbung (Matzenauer) 323; (Preisich) 325.
— — ohne Exanthem (Hochsinger) 120.
— — der Leber (Erdmann) 328.
— — und Hämatoporphyrinurie (Vollmer) 122.
Syphilisbacillen (Joseph und Piorkowski) 223. 375. 395; (Pfeiffer) 375.
Syphilisbacillus von Max Joseph (Delbanco) 198.
Syphilisformen, schwere (Loewenbach) 335.
Syphilitische Anämie und Ikterus (Samberger) 464.
— Aortitis (Quensel) 227; (Lepine) 228; (Huchard) 228.
— — und Tabes (Lepine) 228.
— Beckenzellgewebsentzündung (Loeb) 225.
— Darm- und Magenstriktur (Gross) 226.
— Deuteropathien (Hallopeau) 188.
— Elephantiasis (Ustinow) 319.
— Herzaffektionen (Runenberg) 226. 303; (Quensel) 303.
— Irresein (Keraval und Caudron) 286.
— Kachexie (Nicolich) 316.
— Leukoderma (Welander) 268.
— Mutter und gesundes Kind (Profeta) 189.
— Nephritis (Waldvogel) 219; (Wagner) 229; (Mühlig) 285; (Colmayer) 285; (Sutherland und Walker) 331.
— Erkrankung des Nervensystems (Gowers) 333.
— Paralyse (Leredde) 331. 351.
— Paraplegia spasmodica (Marie) 286.
— Periostitis (Harttung) 177.
— des Warzenfortsatzes (Collet und Beutter) 330.
— Pseudotabes (Collini) 287.
— Reinfektion (Ravasini) 220.
— Tabes und Paralyse (Leredde) 331.
— Tumor des Magens (Einhorn) 226.
Syphilitiker, Cerebrospinalflüssigkeit (Ravaut) 471; (Milian) 471.
Syphiloma ano-rectale (Audry) 473.
Syphilome, extragenitale (Vignolo-Lutati) 189.
Syphilonychia ulcerosa unguium hereditaria (Heller) 122.
Syringome (Winckler) 461.
Syringomyelie (Mašek) 392.
— mit Modulationen (Mašek) 392.

Tabes frustes 471.
— Behandlung (Duhot) 228.
— Differentialdiagnose (Collins) 287.
— juvenile (Linser) 287.
— Quecksilberätiologie der Tabes (Cohn) 286.
— syphilitischer Natur (Leredde) 331. 351; (Audry) 462.
— und Syphilis (Cohn) 286; (Friedländer) 286; (Hödlmoser) 388.
Tabetiker, Liquor cerebrospinalis (Milian) 471.
Tabische Osteoarthropathie (Stein) 393.
Talgdrüsennaevus (Oppenheimer) 419.
Tannochrom (Frieser) 573.
Thalmann-Agar (Brongersma und Van de Velde) 521.
Thigenol (Saalfeld) 63. 573; (Bianchini) 573.

Thiosinaminversuche bei Rhinosklerom (Glas) 369.
Thyreoidextrakt bei Psoriasis (Longbrotham) 364.
Trichohyalin (Vörner) 399.
Trichomykosis capillitii (Winternitz) 274.
Trichophytia (Kessler) 365; (Whitfield) 365.
— superficialis diffusa (Adler) 557.
— durch Mikrosporon der Katze (Newborn) 365.
— capitis mit Chrysarobin behandelt (Hodara) 118. 474.
Tripper s. Blennorrhoe.
Trophödem 577.
Trophoneurose der Haut (Volhard) 524.
Tuberkelbacillen, Säurefestigkeit (Delbanco) 245.
— in der Nase (Audry) 478.
— in Nierenarterien (Asch) 396.
Tuberculides acnéiformes (Jordan) 550.
Tuberkulid (Klingmüller) 177.
— der Planta pedis (Jordan) 393.
Tuberkulide (Nicolau) 578.
Tuberkulininjektion, Reaktionszone (Klingmüller) 282.
Tuberkulose der Haut (Leredde) 139; (Neumann) 139.
— des Kehlkopfes und der Lungen nach Dermatitis blastomycetes (Freer) 372.
— und Erythema induratum (Thomas) 140.
Tuberkulöse Hauterkrankungen, Behandlung mit X-Strahlen (Rodman und Pfahlen) 406.
— Hauteruptionen (Brunsgaard) 560.
Tuberkulocidin Klebs (Krüger) 393.
Türkei, Medizin, Aberglaube und Geschlechtsleben (Stern) 215.
Tumoren der Haut, benigne (Winkler) 461.

Ulceration, hysterische (Halberstädter) 178.
Ulcus cruris (Hoffmeister) 412.
— molle (Kirstein) 29.
— — Bacillen (Fischer) 565.
— — experimentelle Übertragung (Luxardo) 373.
— — extragenitale Lokalisation (Fiocco) 316.
— — miliare (Vörner) 204.
— — am linken Knie (Hoffmann) 176.
— rodens mit X-Strahlen behandelt (Hall-Edwards) 407.
— venerum, Bakteriologie (Luxardo) 372; (Tomaszewski) 373.
Ulerythema centrifugum (Warde) 126; (Siebert) 177; (Afzelius) 269. 270; (Möller) 270.
Ulerythema centrifugum, sklerodermatischer Typus (Warde) 308.
— — und Tuberkulose (Günsett) 415.
Ultraviolettstrahlen (Strebel) 583.
Unguis incarnatus, neues Verfahren bei (Deraucourt) 66.
Universalcystoskop (Schlagintweit) 280.
Unnas Kursus 192. 232.
Urachus, Permeabilität (Guisy) 280.
Urethra, Bakterienbefunde (Delbanco) 198.
— Elektrolytische Dilatation der (Desnos) 511.
— Druckspülungen (Orlipski) 424.
— Drüsen und Cysten im Epithel der (Paschkis) 206.
— Regurgitieren aus der (Asakura) 29.
Urethraldrüsen, Postblennorrhoische Hypersekretion der (Bodländer) 305.
Urethralinjektionen, Technik (Engelbreth) 1.
Urethritis, nichtblennorrhoische (Bodländer) 304; (Galewski) 466.
Urethrotomia externa (Munro) 424.
— interna (Preindlsberger) 391.
— — und Cystotomie durch einen oberflächlichen Transversalschnitt (Spencer) 210.
Urinentleerung, Hindernisse, Operation (Southam) 428.
Urogenitalapparat (Lewis) 475.
Urogenitaltuberkulose (Krüger) 397; (Cumston) 422.
Urologische Beiträge (Neuhaus) 166.
— Mitteilungen (Preindlsberger) 420.
Urticaria (Bendix) 578.
— eigentümliche Ätiologie (Masure) 64.
— ab ingestis (Bramwell) 64.
— chronica (Mense) 395.
— perstans (Schirrmacher) 177.
— pigmentosa (Moberg) 271.
— — perstans (Reiss) 93.
Uterusblennorrhoe bei Prostituierten (Paradi) 203.

Vaccination (Pernet) 91.
— Anstalten in Italien (Freyer) 90.
— Betrachtungen über (Bryce) 91.
— einige Worte zur (Boulengier) 89.
— Mitteilungen über (Spalding) 90.
— Immunität durch (Tanaka) 133.
— Ausschläge (Towle) 91.
— Bullöse Dermatitis nach der (Howe) 344.
— Komplikationen der (Pernet) 91; (Groth) 91.
— Nebenpocken (Groth) 91.
— Tatsachen in bezug auf Frage der (Fraser) 90.
— Tetanus nach (Cooks) 92.
— verschiedene Methoden und Resultate (Wood) 134; (Ferrier) 135.

Vaccination mit tierischer Vaccine, Mifserfolge der (Benoit und Roussel) 135.
— Unfälle (McCollom) 135.
— und Blattern (Durgin) 92.
— — in Bosnien (Kobler) 384.
— und Variola epidemisch (Runyon) 85.
Vaccinevirus (Runyon) 136.
Valatta der Ratten, Geschwulst (Stahr) 527.
Varicellen (Tabusso) 91; (Genser) 590.
— seltene (Szana) 81.
— Blutkörperchen bei (Weil und Desnos) 82.
— Leukocyten bei (Nobécourt und Merklen) 82.
— Arthritis als Folge von (Lacasse) 83.
— und Masern (Blackett) 80.
— der Variola (Duxbury) 84.
Varicocele, supraskrotale (Potter) 426.
— ein einfaches Heilmittel (Brewer) 211.
Varikositäten und Ulcus cruris, Operative Behandlung der (Landerer) 412.
Variola (Duxbury) 84; (Corlett) 84; (Bollard) 85; (Roberts) 468.
— in England und Schottland 85.
— — — und Wales 85.
— Abarten (Shepherd) 84.
— Atypische (Barnett) 87; (Selby) 592.
— Ätiologie (Magill) 86.
— Contagium (Dombrowski) 85.
— Versagen der Glycerinlymphe (Runyon) 85.
— Wert der Arbeiten Jessners (Dock) 89.
— beim Foetus (Warner) 592.
— Eiterung bei (Drennam) 591.
— und Aphasie (Aldrich) 87.
— und Nephritis (Welch und Schamberg) 87.
— und Syphilis (Schamberg) 328.
— und Vaccination (Abbott) 84; (Runyon) 85; (Hale) 87; (Donovan) 88.
— Anwendung von Bierhefe (Conche) 88.
— Anwendung von Salol (Thomson) 88.
Variolaepidemie 590. 591.
Variolaerreger, Untersuchung (Tanaka) 86.
Variola-Varicellenfrage, Lösung von (Swoboda) 83; (Thomson und Brownlee) 83.
Vasomotorische und entzündliche Veränderungen (Buschke) 173.
Velopurin 572.
Vegetabilische Diät bei Furunkulose (Guinsbourg) 283.
Venerische Krankheiten, Prophylaxe (Fournier) 316; (Behrmann) 523.
Verbrennung, schwere (Grosse) 67.
Verbrennungen 579.
— Beiträge zur Lehre von (Weidenfeld) 67.
— klinische und pathologische Studie (Ravogli) 66.
Verbrennungen, Behandlung mit pflanzlichen Mitteln (Liégois) 580.
Verruca senilis (Poor) 565.
Verrucae planae juveniles (Watson) 126.
Verweilkatheter 424.
Vioform (Schmieden) 63.
Vitiligo (Sibirsky) 318.
— bei einem Neger (Marullo) 53.
— nach lichenoider Eruption (Pinkus) 183.
Vulvovaginitis bei Kindern (Dukelski) 517.
— bei kleinen Mädchen (Labusquière) 283.

Wachsmodelle von Hautkrankheiten (Frank) 288.
Wärmestrahlung und Hauttemperatur (Sommer) 528.
Wasserstoffsuperoxyd bei Haut- und Geschlechtskrankheiten (Richter) 395.
Warzenform, merkwürdige (Vollmer) 183.
Warzenfortsatz, Nekrose nach Scharlach (Heermann) 587.
Weifsfleckenkrankheit (Johnston und Sherwell) 345.
Werlhoffsche Krankheit (Malincolico) 575.
— — Adrenalin bei (Deckers und Meessen) 282.
Wiederimpfung, einige klinische Seiten (Maude) 132.
— Wirkung bei einer Schwangeren auf die Frucht (Palmer) 132; (Maude) 133.
Wollhaar, Entwicklung des menschlichen (Stöhr) 83. 319.

X-Strahlen s. Röntgenstrahlen.
Xanthoma tuberosum multiplex (Leven) 273.
— diabeticorum (Marullo) 399.
Xeroderma pigmentosum (Bettolo) 317; (Bayard) 416.

Yohimbin (Lewitt) 63.
— als Tonikum und Aphrodisiakum (Kronfeld) 574.

Zelldegeneration bei Rhinosklerom (Mibelli) 377.
Zelle, physikalische Zusammensetzung (Glahn) 529.
Zellenbildung bei der Entzündung (Foà) 45.

Zinkleimdecke, Verbesserung durch Bepudern (Cohn) 56.
Zona ophthalmica frontis nasalis (Fromaget) 71.
Zonenförmige Hauterkrankungen (Lommel) 583.
Zoster (Reckzeh) 584; (Chauffard) 583.
— Histologie (Pollitzer) 184.
Zoster ophthalmicus bei Diabetes (Hall) 468.
Zuckerprobe (Riegler) 487.
Zungenpapillen, Epithelperlen in den (Stahr) 527.
Zungenschleimhaut, Reaktion auf Quecksilber (Baroch) 224.
Zwischenstufen, sexuelle (Hirschfeld) 475.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Aaser, Über die Ansteckung bei Scharlach durch entlassene Rekonvaleszenten 304.
Abadie, Ch., Therapeutische Indikationen für die intravenösen Injektionen von cyansaurem Quecksilber 334
Abbott, Die Gesetzgebung in bezug auf Variola und Vaccination 84.
Abel 264. 266.
Adachi, B., Geruch der Europäer 376.
— Sogenannter Mongolen-Kinderfleck bei Europäern 411.
Adamkiewicz, Bericht über weitere Erfolge des Cancroin beim Krebs des Gesichtes 407.
Addison 312. 411. 525.
Adler, Entzündung der Sehnenscheiden und der oberflächlichen Schleimbeutel an den Handrücken bei Lues 175.
— Lichen simplex chronicus 557.
— Lichen ruber verrucosus 557.
— Trichophytia superficialis diffusa 557.
Adrian 175. 199.
Afzelius, Ekzema parasitarium (seborrhoicum) capillitii et unguium 269.
— Lupus erythematosus faciei 270.
— Lupus erythematosus capillitii 269.
— 270. 271.
Albarran 190. 278.
Albrecht, Die Menièresche Krankheit bei Syphilis 175.
Alba 579.
Aldrich, Über Aphasie bei akuten Erkrankungen nebst Bericht über einen als Komplikation von Pocken aufgetretenen Fall 87.
Alexander, Carl, Geschlechtskrankheiten und Kurpfuscherei 466.
— Ein Fall von Rhinosklerom 369.
— 545. 548. 551.
Alfonso 137.
Alibert 44. 477.
Allen, Ch. W., Über den Wert der Radiotherapie bei Haut- und anderen Krebsen 185.
— Eine neue Form von Röntgenröhre 186.
— 530.
Almkvist, Experimentelle Studien über die Lokalisation des Quecksilbers bei Quecksilbervergiftung 548.
Alpar, A., Referate 47. 72.
Alquier 550. 553.
Alvarez 36. 380.
d'Amato, Beitrag zur Indikation des Jodipin Merck bei der Behandlung der Syphilis 317.
Anderson, M'Call 418.
Andrews, E. W., Der infrapubische Schnitt bei Prostatektomie 494.
Andronico 217.
Anten, H., Über den Verlauf der Ausscheidung des Jodkaliums im menschlichen Harn 61.
Anthony, Die Beziehung des Lupus erythematosus zur Tuberkulose 415.
Argyll 288.
d'Armond, Spermatorrhoe als Krankheit sui generis 211.
— 211.
Arnaud 87.
Arning, Über eine verblüffend einfache Methode der Lupus- und Carcinombehandlung mit hohen Kältegraden 391.
— 97. 388. 391.
Arnozan 314.
Aronheim, Sind die Koplikschen Flecke ein sicheres Frühsymptom der Masern? 589.
— 589.
Aronson, H., und A. Baginsky, Über Antistreptokokkenserum bei Scharlach 77.
— 77. 260. 261. 262. 263. 266. 453.
d'Arsonval 354.

Artzberger 172.
Asakura, B., Über das „Regurgitieren" aus der Urethra posterior 29.
Asakura, S., Über die Kapazität der Urethra anterior bei Japanern 206.
Asch, P., Das Hydrargyrum oxycyanatum in der urologischen Praxis 61.
— Über das Schicksal der in die Nierenarterien eingebrachten Tuberkelbazillen 396.
Aschaffenburg 455.
Aschkinass 121. 395.
Aschoff 122.
Ashmead, Larvierte odersporogenetische Lepra 137.
— Die soziale Behandlung der Leprösen während der christlichen Ära 137.
— Die Heilung (?) der Lepra durch Chaulmoograöl 138.
— Die Prostitution in Japan 211.
Aubert 4.
*Audry, Ch., Über eine Ursache des sog. Jodoform-Ausschlages 27.
— Gleichzeitiges Auftreten von Lichen chronicus circumscriptus und Lichen simplex acutus bei der nämlichen Person 214.
— Das Adenoma sebaceum circumscriptum 471.
— Über einen Fall von Lentigo infantilis profusa 472.
— Über Ödemknoten der Wangen (Syphilid nodosum profundum) 472
— Zur syphilitischen Natur der Tabes 472.
— Die Behandlung der Syphilis mit Argentum colloidale 472.
— Akute Carcinose der Kopfhaut 478.
— Dyskeratosis palmaris im Verlauf einer Ichthyosis irritabilis 473.
— Über eine Ursache der sogenannten Jodoformausschläge 473.
— Von der Rolle der Lymphostase in der Pathogenese des Syphiloma anorectale 473.
— Die Verbreitungswege der Tuberkulose von der Schleimhaut zur äufseren Haut der Nase 473.
— 31. 139. 188. 550.
— und Dalous, Über den Leichentuberkel 472.
— — Zusammentreffen von Lichen planus und Bleivergiftung 473.
Auspitz 98. 357.

Babes 198. 199.
Babington 489.
Bärmann, Die Verwertung der Kulturmethode zur Diagnose der Gonokokken und über die bakteriologischen Untersuchungen bei der blennorrhoischen Epididymitis 391.
Baer, K., 332.
Baginsky, A., Über Antistreptokokkenserum bei Scharlach 77.
— 588.
— und Hans Aronson, Über Antistreptokokkenserum bei Scharlach 77.
Bahrmann und Martin Kochmann, Nimmt das Soolbad unter den Bädern eine Sonderstellung ein? 534.
Baker, M. 93.
Ballantyne, Der Effekt der Revaccination auf den Foetus während der Schwangerschaft der Mutter 133.
Balzer, Verschiedene Methoden der Krätzebehandlung 359.
— 306. 550. 553.
— und Ch. Fouquet, Gangrän der Nasenspitze bei einem Fall von tertiärer Syphilis und Raynaudscher Krankheit 510.
Bang 369.
Bangs 355.
Barabaschew, Die Störungen des Sehorgans bei Gehirnsyphilis 318.
Bardach, Quellsalzseifen bei Hautkrankheiten 572.
Bargum, Referat 322.
Barker, W. S., Zwei Fälle von Konträrsexualität 422.
— 51. 509.
Barlow, L., Ein Fall von multiplem Granulom 368.
— 94. 256.
Barnett, Ungewöhnliche Fälle von Variola 87.
Baroch, E., Über eine bei Syphilitischen vorkommende Reaktion der Zungenschleimhaut auf Quecksilber und ihren diagnostischen Wert bei latenter Lues 224.
Bartel 504. 505.
Barthélemy, Gegenwärtiger Standpunkt der Syphilisfrage 315.
— 313. 314. 315. 456. 550.
Bartholini 487. 517.
Bartrina, Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Massage 276.
Basedow 307. 525. 526.
Basta und Ceni, Über die Toxine von Aspergillus fumigatus und Aspergillus flavescens und ihre Beziehung zur Pellagra 64.
Bastogi, Die Quinkesche Krankheit 578.
Bataille 563.
Batut, Die tertiäre Syphilis im Heer und in der Bevölkerung von Tunis 214.
Bäumer, Atrophia cutis 173.
— Granulosis rubra nasi 175
— Die Geschichte des Badewesens 350.
— 94. 97. 98. 100. 105. 106. 107.
Bäumler, Röteln, Differentialdiagnostik der akuten Exantheme 590.
— Die Pocken 591.

Bäumler 465.
Baum, Die Wirkung und Verwendung der Nebennierenpräparate, insbesondere in der Dermatologie (Adrenalin) 395.
— Über die Formen und Grenzgebiete der chronischen Urticaria 395.
Bayard, A., Zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum 416.
Bayet 265.
Bayle 580.
Bazin 178. 393. 394. 469. 545.
Beau 525.
Beck 261.
Becquerel 121.
Beermann, Ecthyma 178.
— Dermatitis herpetiformis 178.
Behaegel, Die Behandlung des Lupus vulgaris 219.
Behrend, G. 489.
Behrmann, S., Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten bei Männern 523.
Below, Über die Lichttherapie 533.
— 58.
Bénard 494.
Benario, Zur Behandlung der Blennorrhoe mit Protargolgelatine 32.
— 520.
Benassi, P., Über Jodophen 540.
Benda 439. 441. 446. 451. 453. 454. 571.
Bendix, Zur Ätiologie der Urticaria im frühen Kindesalter
Beneke 452.
Béniqué 511.
Benoit und Roussel, Über Mißerfolge bei der Schutzpockenimpfung mit tierischer Vaccine 135.
Berdal 563.
Bergasse 51.
Berger, H., Impfstoff für Wiederimpflinge 136.
— 63.
Bergh 51.
Berliner, Carl, Referate 64. 65. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 84. 85 87. 88. 126. 127. 133. 137. 184. 188. 191. 205. 219. 276. 306. 308. 331. 333. 350. 360. 363. 364. 365. 368. 370. 372. 401. 407. 410. 411. 414. 420. 423. 424. 425. 427. 428. 465. 471. 483. 509. 517. 524. 529. 533. 542. 544. 563. 567. 586. 576. 582. 584. 586. 590 591. 592.
— 181.
Berling 249.
Berlioz und Jullien, Neue Quecksilbersalze zur Injektion 571.
Bernard Claude 61.
Bernhard, K., Ein Fall von Pemphigus vegetans 868.
Bernhardt, R., Beitrag zur Anatomie des Primäraffektes 329.
Bernstein, A., Über eine neue Methode der Gonokokkenfärbung 522.
Besançon 373. 566.
Besdjetnoff, Zur Verwendung de thyol 61.
Besnier, E., 139. 349.
Bethe 436.
Bettmann, S., Lupus follicularis minatus 190.
— 459.
Bettolo, Xeroderma pigmentosum
De Beurmann und Ramond, reiche subcutane Abscesse myk Ursprungs 510.
Beutter und Collet, Syphilitisch riostitis des Warzenfortsatzes 33
— — Kongenitales Ödem einer extremität 577.
Bialobrzeski, Über Verwendung Methylenblau bei Erkrankunge Harnwege 423.
Bianchini, Über den therapeut Wert des Thigenols 573.
Biberzeil 35.
Bienstock 260.
Bier 353.
Biett 477. 478.
Biondi 451.
Birch-Hirschfeld 315.
Bizzozzero 338. 339.
Blackett, Masern und Varicellen 8
Blander 283.
Blaschko, H., Bemerkungen zu der internationalen Konferenz zur Verhü der Syphilis und der venerischen Krankheiten in Brüssel 38.
— Lichen scrophulosorum 174.
— Atrophien um die Follikel nach A heilen eines Lichen pilaris 506.
— Lichen simplex verrucosus 506.
— 173. 174. 176. 505. 557.
Bleicher, Einige interessante Syphilisfälle 221.
Bloch, J., Über die Notwendigkeit einer vorbeugenden Haarpflege bei akuten Infektionskrankheiten 41.
— 316.
Blokusewsky, Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 28.
— 40. 455.
Blomquist, Oleum mercuriolii (90% Hg) ein neues Injektionspräparat aus metallischem Quecksilber 275.
— 275.
Bloom, J. N., X-Strahlen in der Behandlung von Hautkrankheiten 530.
Blumenfeld, F., Anwendung von Sozojodol Natrium bei Scharlach 588.
Blumer 94. 107. 108.
Bockhart 282.
Bodin, E., Recidivierende Phlyktänosen der Extremitäten 510.
— 132. 513.
Bodländer, F., Ein Fall von primärer Urethritis non gonorrhoica 304.
Boeck, C. 347. 550. 553.

decker 249.
grow, Zur Frage über die Eigenschaften des phototherapeutischen Apparates von Prof. Lortet und Dr. Genoud in Lyon 181.
Wirkung der Becquerel-Strahlen 456. 558.
llard, Variola und deren Diagnose 85.
ollinger 182.
onhoff, Über Hautdesinfektion 428.
ordoni 188.
orchard, Über traumatisches Odem des Handrückens 577.
osc 91.
ottini 62. 209. 211. 428. 466. 482. 484.
oulengier, Einige Worte zur Impffrage 89.
louquier 91.
owen, J. T., Ansprache über die Methoden des Unterrichts in der Dermatologie 344.
— 344.
Brabec 563.
Bradley 426.
Bramwell, B., Urticaria ab ingestis 64.
— Die Syphilis und die Lebensversicherung 219.
Braun 203.
— 504.
Brauns, Th., Über Leukonychie 463.
Breda und Fiocco, Der Bacillus des Bouba 514.
Breitmann, Die Syphilis des Herzens 227.
Brentano 30.
Bressel, Ein Fall von Gonokokkenpneumonie 515.
Breton, Die allgemeine Neurofibromatose 410.
Brick 249.
Brieger, L., Impfmetastasen der Carcinome 374.
— 257. 528.
— und Disselhorst, Über den menschlichen Schweifs 34.
Bright 307.
Brissaud 131. 183. 584.
Broca 355.
Brocq, C., Parapsoriasis mit Einschlufs der „Erythrodermies pityriasiques en plaques disséminées 347.
— Psoriasis und Lues 315.
— Dermatitis herpetiformis (Dermatite polymorphe douloureuse) 585.
— 141. 142. 144. 148. 157. 158. 161. 183. 213. 315. 469. 478. 509. 510. 558.
Brokaw, Die X-Strahlen als therapeutisches Mittel 47.
Brooke 112. 364.
Brongersma und Th. H. Van de Velde, Die Züchtung von Gonokokken auf „Thalmann-Agar" 521.
Bronson, E. B., Die Röntgenstrahlen in der Dermatologie 348.
— Die Behandlung des Juckens 418.
— Ein Fall von symmetrischer Gangrän 507.
Brownlee und R. S. Thomson, Die Parasiten der Variola und Varicellen 83.
Brunsgaard, Beitrag zu den tuberkulösen Hauteruptionen. Erythrodermia exfoliativa universalis tuberculosa 560.
Bryce, Einige wissenschaftliche und praktische Betrachtungen über Schutzimpfung 91
*Buček, A., Beiträge zur Kenntnis der Parapsoriasis (Brocq) 141.
Buchholz 249.
Buchta 373. 390.
Buffa, Eine neue Methode zur Bestimmung der Resistenz der roten Blutkörperchen 45.
Büdinger 488.
Bürgener, J., Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis 361.
Bütschli 36. 378.
Bukovsky, J., Ein Beitrag zur Lehre von der sogenannten Epidermolysis bullosa hereditaria. Die Regenerationsbedeutung der Retentionscysten in den Schweifsdrüsenausführungsgängen 559.
Buckley, D. L. 356. 361. 416.
Bunsen 275.
Buraczinsky, Dermatitis toxica, hervorgerufen durch Rhus vernicifera 582.
Burkhardt, Das Impfwesen auf der Weltausstellung zu Paris 1900 133.
Burow 393.
Buschke, A., Über Prurigo lymphatica 70.
— Angiosarkom der Haut 173.
— Lichen ruber acuminatus 173.
— Vasomotorische und entzündliche Veränderungen 173.
— Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis 405.
— Gelblich-weifse Fingernägel 175.
— Neurofibromatosis 175.
— 175. 176. 267. 555.
Busck, G., Eisenbogenlicht contra konzentriertes Kohlenbogenlicht 183. 567.
— Beitrag zu den Untersuchungen über die Durchstrahlungsmöglichkeit des Körpers 402.
— Über die relative Penetrationsfähigkeit der verschiedenen Spektralstrahlen gegenüber tierischem Gewebe 403.
— 400.
Butler, Th., Bericht über Radiotherapie 48.
— Demonstration des Finsenschen Lichtapparates 533.
Butte, L., Entwurf für die Einrichtung einer Gesundheitspoliklinik 283.

Butte, L., Die Behandlung verschiedener Hautaffektionen, namentlich der Psoriasis durch ein neues Präparat von permangansaurem Kalium 283.
— Bemerkungen zu einer Diskussion über Alopecia areata in der „Société belge de dermatologie et de syphiligraphie“ 284.
— Der Gesundheitszustand in Bezug auf Syphilis bei den Prostituierten in den Pariser Bordellen vom Jahre 1872 bis inkl. 1903 284.
— 191. 192.
Buzzi 460.

Cajal 357.
Calder, Framboesie beim Geflügel 372.
— 372.
Cameron, Der Nutzen der Isolierung der Scharlachfälle in Hospitälern 74.
Campana 317. 550.
Campbell 416.
Canon 513.
Capdepont und Rodier, Ein Fall von Malum perforans im Munde 215.
Carayon, Über eine im Sommer auftretende herdweise Desquamation an den Händen 212.
Carle, M., und A. Chatin, Phototherapie. Das Licht als biologisches und therapeutisches Agens 354.
Carnot, P., Intratracheale Quecksilbereinspritzungen in der Behandlung der Syphilis 358.
Carrasquilla 137.
Mc Carthy, Die Veränderungen an peripheren Nerven durch auf die Haut gebrachte toxische Substanzen. Eine gerichtlich-medizinische Studie 42.
Casoli, Die Schwefelquellen von Saldino in der Dermathotherapie 534.
— 347.
Caspari 121. 462.
Casper, L., Ein Photographier- und Demonstrationscystoskop 206.
— 176.
Castelli, Das Koplikse Symptom bei der Maserndiagnose 79.
Du Castel, Die Psoriasis 363.
— 550.
Catchart 140.
Cathelin, F., Modifikationen der Technik der epiduralen Injektionen 129.
— Details bezüglich der Technik bei der Anwendung des graduierten Harnseparators. Erklärung der Resultate 279.
— Die epiduralen Injektionen durch Punktion des Sakralkanals und ihre Anwendung bei den Erkrankungen der Harnwege 353.
— 391. 394.
Caudron und Kéraval, Syphilitisches Irresein bei einem Alkoholiker 286.
Cavafy 94. 97.
Cazenave 210.
Ccajewicz 457. 458.
Celsus 210.
Ceni, Über die Lokalisation der Aspergillussporen in den Mesenterialdrüsen der Pellagrakranken 579.
— und Basta, Über die Toxine von Aspergillus fumigatus und Aspergillus flavescens 64.
Chalybaeus 134.
Chance, Periurethraler Abscefs durch Harnsäurekristalle in den Lakunen der Harnröhrenschleimhaut verursacht 424.
Charcot 388.
Charrière 466.
Chatin 355.
— und M. Carle, Phototherapie. Das Licht als biologisches und therapeutisches Agens 354.
Chauffard, Der Herpes zoster 583.
Cheinisse 51.
Chetwood, Über einen Fall von Hämaturie 486.
Chiari 314.
Chichester 336.
Chirivino, Klinischer und histologischer Beitrag zum Studium einiger neoplastischer Formen der Haut zweifelhafter Natur 44.
Chotzen 224.
Christiani 112.
Churton, Ödem des Gesichts 576.
Class 73. 77.
Cleaves, Zur Röntgenstrahlenbehandlung bei bösartigen Neubildungen von Uterus, Rektum und Blase 532.
— 532.
Cobat 211.
*Cohn, Curt, Zur Verbesserung der Zinkleimdecke durch Bepudern 56.
*— Die Behandlung der Pigmentmäler mit 30prozentigem Wasserstoffsuperoxyd Merck 301.
Cohn, Paul, Zur Behauptung von der Quecksilberätiologie der Tabes 286.
Cohnheim 276.
Coleman, W., Die toxische Wirkung des Urotropins; Hämaturie und Hämaglobinurie als Folge von 0,45 g desselben 574.
Coley 191.
Colles 125. 323. 335. 394.
Collings 50.
Collins, Jos., Über syphilitische Pseudotabes und die Differentialdiagnose von Tabes 287.
Collet und Beutter, Syphilitische Periostitis des Warzenfortsatzes 330.
— — Kongenitales Ödem einer Oberextremität 577.

Mc Collom, Impfungen: Unfälle und ungünstige Wirkungen 135.
Colman, Skorbut bei Kindern 575.
Colmayer, Über einen Fall von Nephritis syphilitica 285.
Comes, H., Die Lues americana, die Franzosen- und Neapolitaner-Krankheit zur Zeit Karls VIII. 219.
Conche, Bemerkung über die Anwendung der Bierhefe bei Variola 88.
De La Condemines 89.
Contet, Ist die Alopecia areata eine parasitäre und kontagiöse Krankheit oder nicht? 414.
Cooke, W. S., Ein Fall von Tetanus nach Schutzpockenimpfung 92.
Cordier 27.
Corlett, W. P., Die Diagnose der Pocken 84.
— Dermatitis hiemalis 585.
— 416.
Courmont, J., Die Diagnose der exanthematischen Fieber aus der Untersuchung des Leukocytengehaltes des Blutes 72.
Courtade 2. 5.
Craik, R., Arthritis als Komplikation bei Masern 80.
Cramer 264.
Credé, Lupusbehandlung 218.
— 192. 219. 370.
Crisafi, Zwei Fälle von Raynaudscher Krankheit 64.
Crocker, R., Über die Bedingungen, welche den Charakter von Hautentzündungen beeinflussen, und ihre Bedeutung für die Therapie 42.
— Vorlesungen über die Zustände, welche Hautentzündungen verändern und deren Behandlung beeinflussen können 523.
— 142. 148. 156. 157. 347. 469. 562.
Crowe 133.
Cullen, J., Purpura haemorrhagica nach Scharlach 65.
Cumston, Ch., Über zwei Fälle von Urogenitaltuberkulose 422.
Curtis und Shaw, Über scharlachähnliche Röteln 81.
Curschmann 592.
Czaplewski 198. 439.

Dacco, E., Hämatologische Untersuchungen bei einigen Dermatosen 513.
Dalous, E., Zur Histologie des Lichen chronicus circumscriptus (Neurodermitis circumscripta) 509.
— und Audry, Lichen planus und Bleivergiftung 473.
— — Über den Leichentuberkel 472.
Dalton, Die Abhängigkeit der Hautaffektionen von Ernährungsstörungen 43.
Danlos 192. 219.
Darier, Diagnose und Behandlung einiger Hautaffektionen 533.
— 356. 364. 374. 409. 462. 495. 506. 550. 568.
Darling, Das Impfen: die Technik 135.
Deckers und Meefsen, Über Adrenalinum hydrochloricum bei einem Falle von Morbus maculosus Werlhofii 282.
Delafield 22.
*Delbanco, E., Einige Notizen zu dem Aufsatz von H. Pfeiffer: Über Bakterienbefunde in der normalen männlichen Urethra und den Syphilisbacillus von Max Joseph 198.
*— Über die Ursachen der Säurefestigkeit der Tuberkel- und Leprabacillen. — Die Säurefestigkeit der Lycopodiumspore, der Korkzelle u. a. 245.
— Referate 376.
— 198. 199. 200. 246. 301. 551.
Delbet 280.
Delille und Druelle, Lichen planus, auf die Mund- und Präputialschleimhaut beschränkt 512.
Demme 139.
Denis und Motz, Pathologische Anatomie der akuten Cystitiden 279.
Dent, E. A., Scharlach und Masern gleichzeitig auftretend 77.
Deraucourt, Ein neues Verfahren bei Unguis incarnatus 66.
Desesquelle, Die Frage von den Quecksilberinjektionen 283. 284. 311. 569.
Desnos, E., Über die elektrolytische Dilatation der Urethra 511.
— und E. Weil, Die Blutkörperchen bei Varicellen 82.
Devergie 477. 568.
Detlefsen 391.
Diday 4. 130. 169.
Dieckerhoff 370.
Diehl, Die halbe Symphyseotomie 425.
Dieulafoy 314. 315.
Dittel 168.
Disselhorst und Brieger, Untersuchungen über den menschlichen Schweifs 34.
Dock, G., Die Arbeiten Ed. Jenners und deren Wert für das jetzige Studium der Blattern 89.
Dodin, Über Masernkroup und vier Fälle von Tracheotomie wegen desselben 589.
Döhle 398.
Dolbey, Totale Melanosis 411.
Dombrowski, Untersuchungen über das Contagium der Pocken 85.
Donovan, Variola und Revaccination 88.
Dopter und Simonin, Das Syndrom von Weber mit Gangrän der Zehen im Verlaufe einer Roseola 79.
Dore, Ein Fall von Angiokeratoma mit Frostcyanose, Erythema pernio und Bazins Krankheit 469.
Dorset 259. 262.

Doutrelepont 94. 97.
Douty, Die klimatische Behandlung der Syphilis 333.
Doyon 204.
Dreyer, G., Die Einwirkung des Lichtes auf Amöben 403.
Drennam, Eiterung und deren begleitendes Sekundärfieber, eine Komplikation und nicht ein Hauptsymptom der Blattern 591.
*Dreuw, Zur Behandlung des Lupus 193.
Dreysel 2. 3. 7.
Druelle und Delille, Lichen planus der Mund- und Präputialschleimhaut 512.
— und A. Lévy, Über den Herpes des Collum uteri 214.
Dübendorfer, Lichen ruber planus 178.
Dubois 326.
— und Nicolle, Geheilter Rotz beim Menschen 359.
Dubreuilh 349. 362.
Ducrey 189. 373. 562. 566.
v. Düring, Über Syphilisimmunität, besonders in Hinsicht auf das sogenannte Profetasche Gesetz 222.
— Über das Collessche und Profetasche Gesetz 394.
— 189. 216. 364. 394.
Duhot, R., Die Lichtbehandlung nach Finsen mit der „Dermo"-Lampe 48.
— Über die Bedingungen zu erfolgreicher Behandlung der syphilitischen Tabes 288.
— Die Abortivbehandlung der Syphilis 333.
— Harnverhaltung geheilt durch die Bottinische Operation 428.
— Über das Anästhesin 535.
Duhring 210. 344. 514. 556.
Dukelski, Zur Frage der Vulvo-vaginitis bei Kindern 517.
Dukes 73. 81.
Durante 408.
Durgin, Impfung und Pocken 92.
Duval und Legueu, Die Abtragung der Pars anterior urethrae beim Weibe mittels vaginaler Urethrotomie 309.
Duxburg, Varicellen oder Variola 84.
Dyer, Das Leprahospital in Havana 137.
Dyes 412.

Ebers 1. 72.
Ebstein, W., Zur Pathologie und Therapie der Sklerodermie im Kindesalter 414.
— 415.
Eckmann, L. 543.
Eddowes, Alfred 341.
Edinger 286. 518.
Ehrlich 35. 83. 105. 106. 197. 203. 256. 257. 258. 438. 441. 445.
Ehrmann, S., Die toxischen und autotoxischen Dermatosen 41.
— Über diabetische und arthritische Dermatosen 69.
— Über toxische und autotoxische Dermatosen 527.
— Über therapeutische Versuche mit Petrosapol (Petrolan) und Petrosulfol 541.
— Über Herpes progenitalis und Schmerzen in der Regio pubica bei Plattfuſs 584.
— 324. 388. 389. 394.
— und M. Oppenheim, Über Melanoblasten, Hemichromasie und Faserung der Epithelzellen in breiten Kondylomen 201.
Ehrström, Über die Kochprobe mit Salpetersäure auf Eiweifs im Harn 304.
Eichhorst 272.
Einhorn, M., Ein neuer Fall von syphilitischem Tumor des Magens 226.
Elliot 478. 505.
Elsenberg 94. 98. 105. 107.
Engel, C. S., Über einen mit normalem Blutserum behandelten Fall von schwerem Scharlach 76.
*Engelbreth, C., Technik der Urethralinjektionen. Kapazität der Urethra ant. und Spannungsdruck des Sphinkter, berücksichtigt in der Konstruktion einer neuen Gonorrhoespritze 1.
Engelmann 403.
Engman, M. F., Bericht über 18 Fälle verschiedenartiger Hautausschläge in Verbindung mit Malariainfektion 42.
— Ein leicht entzündlicher Zustand der mit grünen Schuppen bedeckten Haut, wahrscheinlich hervorgerufen durch den Bacillus pyocyaneus 359.
Erb 286.
Erdmann, J. F., Über Prostatasteine mit Anführung eines Falles 483.
— Beiträge zur Kenntnis der kongenitalen Syphilis der Leber 328.
Errera 265.
Eschbaum 572.
Escherich, Th., Die Erfolge der Serumbehandlung des Scharlach an der Universitäts-Kinderklinik in Wien 588.
Essbach 229.
Estländer 211.
Etievant, Blennorrhoische Dakryoadenitis 515.
Eudlitz 142. 145. 156.
Eulenburg 64.
Eustach 80.
Evans, W., Labiomykosis 468.
Everard, Zum fünften Male Scharlachfieber 75.
McEven und Hyde, Die bei Morbus Basedowii vorkommenden Dermatosen 526.
Eynard, Intravesikale Eingriffe mittels des Nitzeschen Operationscystoskops 311.

Fabry 94. 97.
Federschmidt, Zur Kasuistik und Therapie des äufseren Milzbrandes des Menschen 371.
Feibes, Zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten 522.
Feleki 4.
Ferguson 209.
Ferrier, Untersuchung über die Ursachen, welche ein Schwanken in den Resultaten der Impfung herbeiführen können 135.
Feuerstein, Leo, Referate 329. 367. 423. 522.
Feulard 94. 103.
Fick, J., Über metachromatische Färbung des Keratohyalins durch Cresylechtviolett 519.
Fielding, Zum fünften Male Scharlachfieber 75.
Fielitz 455.
Finch 89.
Finger, E. 3. 4. 112. 113. 116. 125. 172. 323. 324. 335.
Finsen, N. R., Die Bekämpfung des Lupus vulgaris 190.
— 48. 58. 181. 184. 190. 192. 197. 218. 318. 353. 355. 393. 402. 468. 533. 557.
— und Axel Reyn, Ein neuer Lichtsammelapparat zur Einzelbehandlung 403.
Fischel, R., Über die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe und den Versuch seines histochemischen Nachweises 460.
— 199.
Fischer, C., Diabetische Gangrän der Zehe; Amputation derselben; Heilung 412.
Fischer, Fritz, Über Reinkultur von Ulcus molle-Bacillen 565.
— Über Neubildung von Elastin in Geschwülsten 395.
— 249.
Fisher, W. R., Einige volkstümliche Einwände gegen das Impfen 90.
Fiocco, Über einige seltene extragenitale Lokalisationen des weichen Schankers 316.
— und Breda, Der Bacillus des Bouba 514.
Flemming, 256. 451. 457. 458.
Flückiger 249.
Foà, Über die Zellenbildung bei der Entzündung, mit besonderer Beziehung auf die Plasmazellen 45.
Folliasson und Vaillard, Formol bei Hyperidrosis plantaris 283.
Fohr, A., Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus chronicus malignus 366.
Forcart, Ein Beitrag zur Frage des Antagonismus zwischen Bacterium coli und den Harnstoff zersetzenden Bakterien 397.
Fordyce, J. A., Myositis syphilitica 186.
Fournier, A., Syphilis des Magens 314.
— Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten und der Abolitionismus 316.
— 130. 157. 174. 188. 201. 221. 225. 226. 286. 313. 315. 329. 471. 472.
Fouquet und Balzer, Gangrän der Nasenspitze bei tertiärer Lues und Raynaudscher Krankheit 510.
Foveau 355.
Fowler 374.
Fox, T. C., Frambroesie beim Geflügel 372.
— 105. 132. 142. 148. 156, 161. 347. 550. 551.
Fox-Tilbury 93. 97. 478.
Fraenkel, B. 80. 257.
Fraenkel, C., Randbemerkungen zu dem Entwurf eines preufsischen Seuchengesetzes 336
— Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 454.
— 375. 376. 455.
Fraenkel, E. 451.
Frank, R. 40. 356. 522.
Fraser, Ein Fall von Scharlach mit interessantem Rezidiv 74.
— Einige Tatsachen mit Bezug auf die Impffrage; Erfahrungen bei der neuerlichen Pockenepidemie in der Grafschaft Essex 90.
Frèche 562.
Frédéricq, S., Beitrag zur Physiologie der Schweifsdrüsen 34.
Freeman, Die Behandlung der Psoriasis 363.
Freer, O. T., Tuberkulose des Kehlkopfes und der Lungen (durch Aspiration) nach Dermatitis blastomycetes 372.
Freudenberg, A., Meine letzte Serie von 25 Fällen der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie 428.
— 62. 209. 482.
Freund, E., Ein Fall von Lepra tuberosa in Triest 137.
Freund, L., Beiträge zur Radiotherapie 532.
Freyer, M., Impfanstalten in Italien 90.
Freyer, P., Totale Exstirpation der Prostata wegen Prostatahypertrophie 482.
— 427. 428.
Frieboes, Beiträge zur Kenntnis der Guajakpräparate 322.
Friedenthal, Syphilisähnliche Erkrankung zweier Affen 395.
Friedländer, M., Das Sublamin in der Syphilis-Therapie 358.
— 80.
Friedländer, W., Über die Bedeutung der Syphilis in der Pathogenese der Tabes 286.

Friedmann, C., Beiträge zur Kasuistik und Statistik der extragenitalen, syphilitischen Primäraffekte 329.
Friedrich 199.
Frieser, Tannochrom und dessen Bedeutung für die externe Therapie 573.
Fromaget, Zona ophthalmica frontonasalis 71.
Fryding 235. 236. 237.
Fürbringer 12.
Fürst 537.
Fulton 133.
Funke 391.
Le Fûr 311.

De Gaetano, Ungewöhnliche Art des Eindringens eines melanotischen Sarkoms in die Epidermis 408.
Galewsky, Ein neues lösliches Kalomel 392.
— Über chronische nichtblennorrhoische Urethritis 466.
— 117. 192. 218.
Galliard 314.
Galloway, J., Die Erytheme als Krankheitsanzeiger 307.
Garrè, Ein Fall von echtem Hermaphroditismus 421.
Gartner 504.
Gassmann, A., Über die durch Primula obconica erzeugte Hautkrankheit und über einen durch Primula sinensis verursachten Dermatitisfall 68
— Die Behandlung der Hautkrankheiten mittels Röntgenstrahlen 48.
— Über Ichthyosis vulgaris 364.
Gastou, Bemerkungen über den Unterricht in Dermatologie und Syphilis. Erwiderung auf einen früheren Artikel von Ch. Audry 31.
— Die Krankheiten des behaarten Kopfes 350.
— 142.
Gaucher, Heredosyphilis, Glossitis marginalis hereditaria und chronisches Ekzema seborrhoicum auf luetischer Basis 315.
— Behandlung der Seborrhoea squamosa der behaarten Kopfhaut 359.
Gautier-Dufayer und Pospelow, Das Melasma suprarenale 458.
McGee, Anginöse Scarlatina, durch Masern und Diphtherie kompliziert 78.
Geiger, J., Nekrotischer Zerfall des Scrotums und Präputiums infolge von Anthrax 370.
Genoud 181. 192. 218. 353. 355.
Genser, Sind Varicellen eine ausschliefsliche Kinderkrankheit? 590.
Geoghegan, Ein Fall von Ödem des Gesichts 576.
Gerber, Über einen Skleromherd in Ostpreufsen 369.
— Die Kontagiosität des Skleroms 369.
Gerhard 391.
Ghon 375.
Gibb 211.
Gibert 163. 478. 489.
van Gieson 114. 152.
Gilchrist 307.
— und W. R. Stokes, Die Anwesenheit von eigentümlichen, verkalkten Körpern im lupusähnlichen Gewebe 507.
Gilson, E. 252.
Glahn, J., „X-Strahlen" — ihre Einwirkung auf die physikalische Zusammensetzung der Zelle 529.
Glas, E., Über Thiosinaminversuche bei Rhinosklerom 369.
Glaser 286.
Glück, Über die Bekämpfung der Syphilis in Bosnien und der Herzegowina 386.
— Die endemische Syphilis in Bosnien 387.
— Fünf Favusfälle 389.
— Das Vorkommen von Lepra in Bosnien und der Herzegowina 392.
— 189. 327. 389.
— und R. Wodynski, Die Lepra der Ovarien 462.
Görl, L., Spontanzertrümmerung eines Blasensteines 424.
Götz, Referate 32. 33. 39. 41. 43. 60. 61. 62. 64. 66. 75. 79. 80. 92. 130. 132. 138. 140. 190. 192. 219. 220. 224. 226. 227. 228. 229. 281. 282. 285. 288. 311. 318. 325. 330. 332. 334. 354. 355. 359. 363. 369. 371. 401. 405. 410. 414. 415. 417. 424. 425. 426. 427. 455. 485. 512. 513. 515. 522. 525. 526. 529. 532. 534. 536. 541. 566. 575. 577. 580. 581. 583. 584. 585. 587. 589. 590.
Gosser 71.
Goldberg, B., Über blutiges Prostatasekret 29.
— Glasröhren zur sterilen Aufbewahrung steriler Katheter und über sterile Kathetereinfettungsmittel 395.
— Empyroleum album pini, ein weifser Theer 456.
— Bacteriuria vesicalis postblennorrhoica durch Bacterium lactis aërogenes 486.
— 456.
— und E. S. London, Zur Frage der Beziehungen zwischen Becquerelstrahlen und Hauptaffektionen 564.
Goldmann, H., Über die Behandlung der Brandwunden mit Ichthyol 580.
Goldschmidt 176.
Goodhart 94.
Gordon, H. L., Eine seltene Form von Purpura 65.
Gottheil, S. W., Ein eigenartiger Fall rezidivierenden bullösen Ausschlags 366.
— 586.

Gotthold, J., Über die Behandlung des Hautcarcinoms mit Röntgenstrahlen 407.
Gottstein 257. 260.
MacGowen 209.
Gowers, W. R., Die Prognose und Behandlung der syphilitischen Erkrankung des Nervensystems 333.
— 174.
Graafe 463.
Graef, E., Zur Behandlung des äufseren Milzbrandes 371.
Gram 114. 227. 304. 305. 316. 373. 436. 451. 452. 454. 514. 522. 563.
Grenser 563.
Griffith, F., Zur Diagnose und Behandlung der hereditären Syphilis 328.
— Ein Fall von Naevus des behaarten Kopfes und der Nase, mit Heifswasserinjektionen behandelt 419.
— 81.
Griffon 307. 373.
Grill 466.
Grober, J. A., Zwei seltnere Masernfälle 79.
Gross, A., Über arteficielle Hautgangrän 68.
Gross, H., Die syphilitische, fibröse Darm- und Magenstriktur 226.
Grosse, F., Ein Fall von schwerer Verbrennung mit hydriatischen Bemerkungen zur Behandlung der Brandwunden 67.
— Katheterisierilisation 343.
*Grosz, S., Ein Beitrag zur Kenntnis der Cavernitis gonorrhoica 112.
— Die Serotherapie der Syphilis 394.
— 391.
Groth, A., Beiträge zur Kenntnis der Nebenpocken im Verlaufe der Vaccination, sowie der postvaccinalen Exantheme 91.
Gruber 86.
Gruby 513.
Grübler 18. 290. 292. 293. 294. 300.
Grünfeld 324.
— und Holzknecht, Ein neues Material zum Schutze der gesunden Haut gegen Röntgenlicht, und über radiologische Schutzmafsnahmen im allgemeinen 581.
Grützner 464.
Gubler 465.
Guépin, Die Massage der Prostata 396.
— Die Indikationen der Prostatamassage 485.
Günther, Eine bösartige Scharlachepidemie 586.
Guiard 2. 3. 4. 5. 7. 13. 569.
Guibont 489.
Guinsbourg, Vegetabilische Diät bei chronischer Furunkulose 283.
Guisy, Extraktion eines ungefähr drei Monate alten Fötus aus der Blase 279.
— Zwei Fälle von angeborener Permeabilität des Urachus 280.
Gunsett, Ist der Lupus erythematodes ein Tuberkulid? 415.
Guttmann 388.
Guyon 2. 3. 4. 5. 10. 172. 209. 395. 518.

Haberhauffe, Über Syphilis gravis 221.
Hager 249.
Hahn, F., Referate 221. 225. 395. 397. 426. 466. 486.
Halberstädter, Hysterische Ulceration 178.
— Carcinom der Ohrmuschel 179.
Hale, Variola bei einem kurz vorher geimpften Manne 87.
Halkin, Über den Einfluls der Becquerelstrahlen auf die Haut 121.
Hall, Arthur, Herpes der oberen Portion des linken fünften Nerven mit Ptosis; Paralysis des rechten dritten Nerven mit Iritis; Diabetes 468.
— Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris (Devergie) 568.
Hall-Edwards, Ulcus rodens, behandelt mit X-Strahlen 407.
Hallé 130. 278.
— und Motz, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparats: Tuberkulose der Pars posterior urethrae, der Prostata und der Samenblasen 127.
Halley, G., Hereditäre Ichthyosis der Handteller und Fufssohlen 364.
Hallion 353.
Hallopeau, H., Über Einleitung, Pathogenese und Behandlung der syphilitischen Deuteropathien 188.
— 59. 97. 460. 462. 510. 550. 554. 568.
Halstead 209.
Hamburger und Rubel, Pemphigus vegetans 210.
Hammerschlag 259. 260. 261.
Hannemann, Atypische Psoriasis vulgaris 174.
— Fall von atypischer Psoriasis 177.
— 174.
Hardy 478.
van Harlingen, Über hysterische Neurosen der Haut 344.
Hartmann, Über diabetische Gangrän 70.
— 123.
Harttung, Erythema Bazin 178.
— Luetische Periostitis 177.
— Papulöses Syphilid 178.
— Über Erythème induré Bazin 393.
— 178. 388. 394. 545. 548.
Hartwich 249.
Hartzell, M. B., Einige präkanceröse Affektionen der Haut, oder genauer präkanceröse Keratosen 349.
— Dermatitis repens 364.
— 586.

Hauffe, Über die Behandlung des Karbunkels mit Kollodiumumpinselung 371.
Haug 453.
Havas, Syphilis des Darmes 392.
— 393.
Hayem 72. 83.
Head 183. 527. 583. 584.
Hebra, J. v., 67. 70. 176. 187. 214. 356. 477. 478. 479. 489. 529. 568.
Hebra, H. v. 58.
Hecker, R., Die Erkennung der fötalen Syphilis 325.
Heermann, G., Über akute Nekrose des Warzenfortsatzes und Felsenbeins nach Scharlach 587.
Heffernan, Die Behandlung des chronischen Ekzems 360.
Hegar 203. 504.
Heidenhain, M., 436. 439. 441. 446. 451. 453. 454.
Heidingsfeld, Die Pathologie der Chromidrosis 418.
— 366. 416. 530. 586.
Heilbronner 455.
Heinricher 251.
Helbing 266.
Heller, J., Zur pathologischen Anatomie der Syphilonychia ulcerosa unguium hereditaria 122.
— Lichen ruber acuminatus bei einem dreijährigen Knaben 181.
— Über gummöse Syphilis der Mamma 332.
— Einige Kapitel aus der vergleichenden Pathologie der Haut 394.
— Zur Kasuistik der Nagelerkrankungen 398.
— Das Verhalten der Nägel bei Krankheiten des Gesamtorganismus 525.
— 50. 122. 175. 361. 389. 394. 506. 562.
Hellström 304.
Henle 320. 321. 543.
Henneberg, Tod durch Fliegenmaden (Myiasis externa) 418.
Henoch 568. 575.
Herfe 563.
Hervesi, Chininum lysoginatum, ein neues Wundheilmittel 59.
Herxheimer, K., Über die dermatotherapeutische Verwendung einiger Öle 535.
— 123. 201. 289. 329. 332. 341. 342. 452. 465. 519.
Herz 528.
Hess 64.
Hesse 192.
Heubner, Bemerkungen zur Scharlach- und Diphtherieniere 75.
Heurate 211.
Heuschen 227. 304.
Heuss, E. 150. 162. 165. 416. 423. 506.
Heynacher, Ein kasuistischer Beitrag zur Ätiologie der diffusen Sklerodermie 415.
Hildebrand 465.
Hinsberg 267.
Hochsinger, C., Hereditäre Frühsyphilis ohne Exanthem 120.
— 83. 324.
*Hodara, M., Die Behandlung der Trichophytiasis capitis mit Chrysarobin 118.
— Die Behandlung der Trichophytia capitis mit Chrysarobin 474.
— Histologische Untersuchung über die Wirkung des Chrysarobin bei der Alopecie 512.
Hodgkin 348.
Hödlmoser, Über Tabes und Syphilis 388.
— 389.
Hönigschmidt, Weitere Mitteilungen über die Anwendung und Wirkung des Jodipin 540.
Hoesslin, Über die Bestimmung der Schmerzempfindlichkeit der Haut mit dem Algesimeter 43.
Hoffmann, E., Über strangförmige Phlebitis im Frühstadium der Syphilis 565.
Hoffmann, L., Aseptisches Metallpulver; ein neues Wundheilmittel 62.
— Ulcus molle am linken Knie 176.
— 174. 538.
Hoffmann, O., Zur Entstehung der Trippermetastasen 396.
Hoffmeister, Zur Behandlung des Ulcus cruris 412.
Hoggan 95. 97. 99.
Hohlfeld, M., Erythema exsudativum multiforme, Chorea, Rheumatismus nodosus, Endo-Pericarditis 585.
Hollborn 237.
Holländer 174.
Hollstein, Doppelte Nagelbildung 505.
Holmes, Ein Fall von schwerer Dermatitis nach Merkurialsalbe 70.
Holzhäuser 199.
Holzknecht, G., Die forensische Beurteilung der sogenannten Röntgenverbrennungen 68. 580.
— Die Röntgeno-therapeutische Vorreaktion 274.
— Fieberhafte Allgemeinerkrankung mit Exanthem bei Röntgendermatitis 274.
— Die Radiumbehandlung 393.
— 120. 389. 532.
— und R. Grünfeld, Ein neues Material zum Schutze der gesunden Haut gegen Röntgenlicht, und über radiologische Schutzmaßnahmen im allgemeinen 581.
Homen 304.
Hopf, E., Die Gefahren des Geschlechtsverkehrs und der Geschlechtskrankheiten 39.
— Über den Stand der Bewegung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Königreich Sachsen 39.

Hopf, E., Über Hautpflege und Badewesen 46.
— Referate 31. 34. 39. 74. 90. 208. 212. 217. 218. 288. 351. 352. 358. 359. 374. 411. 422. 423. 467 468. 475. 477. 482. 488. 519. 534. 539. 571. 572.
Howard, Die Pathologie des bei akuter croupöser Pneumonie entstehenden Herpes labialis und nasalis und des Körpers sonst, sowie dessen Beziehung zum sogenannten Herpes zoster 71.
Howe, Fälle von bullöser Dermatitis im Anschluſs an die Vaccination 344.
Hubert, J., Ein Fall von Lepra tuberosa in klinischer, pathologisch-anatomischer und bakteriologischer Beziehung 318.
Huchard, Syphilitische Aortitis 228.
Hübener 117.
Hügel 199.
Hueppe 237.
Huie und Jamieson, Ecthyma terebrans 567.
Huldschinsky, Ein Beitrag zur Kenntnis der multiplen Dermatomyome 410.
Hullen, Über die Entstehung des Pigmentsyphilids des Halses 569.
Hume 211.
Hunter 489.
Hutchinson, J., 328. 469.
Hutin 50.
Hutton, Universeller Naevus 420.
Huxley 320. 321.
Hyde und McEwen, Die bei Morbus Basedowii vorkommenden Dermatosen 526.
Hyde, Montgomery und Oliver S. Ormsby, Ein Beitrag zum Thema Radiotherapie und Phototherapie bei Carcinomen, Tuberkulose und anderen Hautkrankheiten 530.

Jackson, G. T., Ein Fall von Pagets Disease der Brustwarze 186.
— Zwei eigentümliche Fälle von Fragilitas crinium 508.
Jacobi, E., Die Anwendung des Lichts als Heilmittel (speziell die Finsensche Lichtbehandlung) 48.
— 409. 410. 412. 419. 460. 518.
Jacoby, Ein Beitrag zur Therapie profuser Blasenblutungen 465.
Jacquet, W. K., Das Mikroskop in der Diagnose des Scharlachfiebers 73.
— 509. 510.
Jadassohn 29. 97. 103. 105. 107. 108. 141. 142. 143. 146. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 161. 174. 175. 203. 212. 306. 332. 347. 357. 361. 362. 364. 460. 506. 517. 548. 553. 554. 558.
Jakoby 366.
Jamieson und Huie, Ecthyma terebrans 567.
Jamin 2.
Janet 3. 4. 11. 13. 29. 130.
Janowsky 356.
Jansen, H., Die Dermo-Lampe 58.
— Über die Widerstandsfähigkeit der Bakteriensporen gegenüber dem Lichte 403.
— Untersuchungen über die Fähigkeit der baktericiden Lichtstrahlen, durch die Haut zu dringen 402.
— 58.
Jarecky, Einige Komplikationen von seiten des Ohres bei Masern und deren Behandlung 80.
Jarisch 95. 100. 212. 332. 490.
Javel 233.
Jeanselme 131.
Jegormin, Über einen Fall von Verbrennung von enormer Ausdehnung mit Ausgang in Heilung 580.
Jenners 89. 137.
Jenssen 369.
Jessner, S., Referate 29. 34. 41. 44. 65. 67. 68. 69. 70. 77. 80. 83. 86. 133. 138. 140. 205. 206. 325. 327. 332. 336. 343. 368. 369. 370. 371. 375. 376. 411. 421. 428. 454. 483. 486. 517. 519. 521. 522. 523. 524. 527. 532. 534. 536. 588. 539. 540. 541. 575. 579. 583. 585. 588. 589. 590.
Imbert, L., Bemerkungen über die endoskopische Beleuchtung 278.
— Galvanische Elemente oder Akkumulatoren 311.
Impens, E., Zur Harndesinfektion 205.
Johnston, J. C., und S. Sherwell, „Weifsflecken"-Krankheit 345.
Jonitescu, Eine klinisch-histologische Studie über sechs Fälle von peripilärem Syphilid 213.
*Jordan, A., Über einen, den Tuberculides acnéiformes et necrotiques ähnlichen Krankheitsfall 550.
— Zur Kasuistik der akuten, parenchymatösen, blennorrhoischen Prostatitis 29.
— Fall von Tuberkulid der Planta pedis mit Knötchengruppen 393.
— Geschlechtskrankheiten und Prostitution 522.
— Referate 225. 285. 517. 557.
— 558.
Jorissen 539. 540.
Joseph, M., Über einige nervöse Hauterkrankungen und deren Behandlung 582.
— 59. 176. 198. 199. 200. 201. 375. 376. 389. 394. 395. 463. 465. 558.
*— und Piorkowski, Erwiderung auf Delbancos Bemerkungen in Nr. 5 dieser Zeitschrift 301.
*— — Richtigstellung der von Hermann

Pfeiffer gegen unsere „vermutlichen Syphilisbacillen“ erhobenen Einwände 375.
Joseph, M., und Piorkowski, Weitere Beiträge zur Lehre von den Syphilisbacillen 223. 395.
Josias, A. 50.
Isaac, Fall von Fibrinausscheidung im Urin 176.
— 174.
Israel 227. 304.
Judson, Purpura (Peliosis) rheumatica mit fäkalem Erbrechen 576.
Jürgensen 81.
Juliusberg, Fr., Gummata an Injektionsstellen von Quecksilberpräparaten 224.
— 141. 142. 144. 146. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 347. 551.
Jullien, L., Über die Assanierung der Ehe 376.
— Über Quecksilbereinspritzungen 572.
Justus, J., Über den physiologischen Jodgehalt der Zelle 34.
— Über Blutveränderungen durch Syphilis und Quecksilber mit besonderer Berücksichtigung ihrer diagnostischen Verwertung 221.
— Der Jodgehalt der Gewebszellen 392.
— 391. 460. 543.
Iwanow, Über die weifsen, atrophischen und narbenähnlichen perifollikulären Hautflecke des Rumpfes 318.
— Einige Bemerkungen zur Frage über „Carcinoma lenticulare“ der Haut 465.

Kaltenbach 278.
Kaposi 94. 98. 179. 272. 273. 346. 389. 408. 489. 491. 495. 554.
Kapsammer, G., Ein Beitrag zur Klinik der Prostatatumoren 483.
— Lymphosarcoma bulbi urethrae von einer blennorrhoischen Striktur ausgehend 517.
Karewski 412.
Karlinsky, Präparate und Kulturen eines säurefesten Bacillus 392.
Karsch 477.
Kassowitz 124. 125. 324. 325.
Kattenbracker 58.
Kaufmann, E., Toxische Wirkung der Borsäure bei äufserer Anwendung 395.
— Über Rabdomyome der Prostata 483.
— 62.
Kayser, H., Erfahrungen mit Mesotan 541.
Kellog 353.
Kéraval und P. Caudron, Ein Fall von geheiltem syphilitischen Irresein in der Art des paralytischen Irreseins 286.
Kerner 250.
Keser 24. 25.
Kessler, Trichophytosis 365.
Kienböck 120.
Kirstein, M., Zur Therapie des Ulcus molle 29.
Klebs 248. 259. 261. 262. 263. 277. 315. 397.
Klein, E. 266. 267.
Klein, S. 324.
Klingmüller, Tuberkulid 177.
— Lichen scrophulosorum 178.
— Ekzema scrophulosorum 178.
— Leukopathie 178.
— Mikroskopische Untersuchungen über die Bedeutung der Reaktionszone nach Tuberkulininjektionen 282.
Kobert 322.
Kobler, Über die Impfung in Bosnien und der Herzegowina und deren Einfluſs auf das Vorkommen der Blattern 384.
— 384.
Koch, R. 138. 248. 251. 257. 260. 262. 263. 549. 567. 569.
Koch, W. 356.
Kochmann und Bahrmann, Über die Wirkung der Soolbäder 534.
Kölliker 504.
Köster, H. 303.
Kötschet, Progressive Paralyse und Syphilis 388.
Kohn, S., Über eine seltene Masseninfektion in einer Familie 589.
— 134.
Kollmann, Bemerkungen über die vierteiligen Dilatatoren verbesserter Konstruktion 309.
— Vierteilige Dilatatoren verbesserter Konstruktion 397.
Koplik 79. 589.
Kopp 462.
Kracht 551.
Král 38. 200.
Krasser 253.
Kraus, A., Über Empyroform 390.
— Beiträge zur Kenntnis der Alopecia congenita familiaris 459.
— Über Empyroform, ein neues Teerpräparat 537.
— Über entzündliche Knotenbildung in der Haut mit umschriebener Atrophie des Fettgewebes 457.
— 375. 394.
Krause 224.
Krefting 378.
Kreibich 388. 389. 391. 393. 470. 490. 491.
Kreidl, A., Beobachtungen über das Verhalten der Hautgefäfse auf thermische Reize mit Hilfe des Onychographen 33.
Kriesche 481.
Krikortz, Chronische Furunkulosis 270.
Kroenigs, Über die mechanische Behandlung des Haut- und Höhlenhydrops 578.

Kroenigs 578.
Kromayer, Eisenbogenlicht contra Kohlenbogenlicht 400.
— 100. 183. 201. 307. 341. 357. 452.
Krompecher, Der Basalzellenkrebs 481.
Kronfeld, A., Yohimbin als Tonikum und Aphrodisiakum 574.
Kropil, Über Mesotan 541.
Krüger, C., Zur Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit besonderer Berücksichtigung des Tuberkulocidins und Selemins Klebs 397.
— Prostatamassage und Albuminurie 485.
Krzysztalowicz 103. 114. 570.
Kügler 253. 254. 255. 261. 263.
Kühn 63.
Kühne 438.
Kümmel 62.
Küsel, Endoskopische Instrumente 559.

Laache 227. 304.
Labarraque 233.
Labusquière, Vulvovaginitis bei kleinen Mädchen und Neugeborenen 283.
Lacasse, Ein Fall von Arthritis als Folge von Varicellen 83.
Lachner-Sandoval 199.
Ladevèze, Ein Fall von schwerer Purpura haemorrhagica; Werlhoffsche Krankheit 575.
Lambert, Die prognostische Bedeutung der Albuminurie 485.
Lancereaux 465.
Landau 504.
Landau, Th., Über Hermaphroditen 421.
Landerer, Die operative Behandlung der Varikositäten und des Ulcus cruris 412.
Landouzy, Lupus des Gaumensegels 190.
Lang, E. 117. 324. 490. 491.
Langer 249. 261.
Lanois, Angiom des Gesichts 410.
Lanz, A. 58.
Lapponi, Ein weiterer Fall von idiopathischem Hautsarkom; miliäre Fibroneurome des Neurofibroms von Recklinghausen 317.
Lassar, O., Über bovine Impftuberkulose 566.
— 46. 176. 177. 360. 479. 502. 558.
Latour, Ein Fall von Skorbut 574.
Lavaux 2. 7.
Laveran 588.
Laurent, E., Die Lepra in Birma 31.
Laurent-Montanus, Prostitution und Entartung 217.
— Die Prostitution in Indien 217.
Lawrie, Ein Fall von Blasenruptur 424.
Lebert, August, Beitrag zum Studium des Hydrocystoms nebst Bemerkungen über die Granulosis rubra nasi 212.
Lebert, August 356.
Leclanché 278. 311.
Ledermann, R., Die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für den Beruf der Hebammen 40.
— Drei Fälle von Aplasia pilorum moniliformis 41.
— Ein Fall von Bromoderma ulcerosum 521.
— Atrophodermia follicularis des Kopfes 555.
— Symmetrische Keratosen 555.
— Dermatitis herpetiformis Duhring 556.
— Postvaccinal entstandenes parasitäres Ekzem 556.
— Die mikroskopische Technik, mit besonderer Berücksichtigung der Färbetechnik 570.
— 256. 555. 556.
Legrain, Entleerung eines retrovesikalen Eiterherdes durch die Luftwege 278.
Legueu und P. Duval, Die Abtragung der Pars anterior urethrae beim Weibe mittels vaginaler Urethrostomie 309.
Lehmann, W., Über idiopathische Hautatrophie 412.
— Referate 33. 34. 353. 373. 404. 530. 533.
— 199.
Leiner, K., Über die sogenannten scarlatiniformen Serumexantheme bei Diphtherie 69.
Leistikow 478.
Leloir 138. 491. 495.
Lenglet 566.
Lengsfelder 520.
Lépine, J., Syphilitische Aortitis und Tabes 227.
Leprévost 2.
MacLeod, Ein Fall von Granulosis rubra nasi (Jadassohn) 306.
— Über die biologische Beziehung zwischen Epithel und Bindegewebe (Kromayer) 307.
— Über die pathologische Wirkung der Röntgenstrahlen 470.
— 142. 148. 161. 347.
Leredde, Die Frage bezüglich der parasyphilitischen Affektionen. Heilbarkeit der Tabes und der progressiven Paralyse durch intensive Quecksilberbehandlung 31. 130.
— Theoretische und praktische Studie über die Frage der Quecksilberdosen und die intensive Quecksilberbehandlung 60.
— Die Gefahren der Quecksilberbehandlung 131.
— Die neueren Anschauungen über die Tuberkulosen der Haut und die tuberkulösen Angiodermatitiden 189.
— Die parasyphilitischen Krankheiten. Die Heilbarkeit der Tabes und der

progressiven Paralyse durch intensive Quecksilberbehandlung 220.
Leredde, Die juckstillende Behandlung 313.
— Die Behandlung der Akne rosacea mittels Phototherapie 313.
— Die syphilitische Natur der Tabes und allgemeinen Paralyse 331.
— Übertragung der Syphilis auf einen Schimpansen durch Impfung 513.
— Syphilitische Natur und Heilbarkeit der Tabes und der allgemeinen Paralyse 351.
— 188. 355. 462. 472. 478.
— und Pautrier, Die Diagnose der Lepra und des Lupus der Nase mit Hilfe der bakteriologischen Untersuchung des Nasenschleims nach Verabreichung von Jodkalium 131.
— — Phototherapie und Photobiologie 352.
— — Der gegenwärtige Stand der Radiotherapie bei den Hautkrankheiten 513. 531.
Leroy 550.
Lesser, E., Die Behandlung der Syphilis mit Kalomelinjektionen 358.
— Ulceriertes Kankroid 503.
— Dariersche Dermatose 506.
— 173. 174. 175. 176. 413. 489. 555. 556. 557. 558.
Leven, Leonh., Acrodermatitis chronica atrophicans (Herxheimer-Hartmann) 123.
— Fall von Xanthoma tuberosum multiplex bei Diabetes nebst Bemerkungen über Xanthome im allgemeinen 273.
Levor, M., Referate 42. 48. 63. 66. 70. 78. 84. 87. 134. 137. 138. 220. 221. 287. 336. 418. 518.
Levy, E., Über den Unterschied der Wirkung von frischer und gelagerter Glycerinlymphe 136.
— 198. 199.
Levy-Bing, Syphilis des Magens 315.
— 313.
— und Druelle, Herpes colli uteri 214.
Levy-Dorn 556.
Lewin, Blennorrhoe und Samenblasen, mit Demonstration von Präparaten 395.
— 175.
Lewinski 94.
Lewis, B., Eine neue Methode der Circumcision 397.
— Über Anatomie, Physiologie und Pathologie des Urogenitalapparates 475.
— 209. 211.
Lewitt, Yohimbin (Spiegel), ein neues Alkaloid, Specificum gegen Impotenz 63.
Lewy 249.
Leyden 388.
Licovish, Die Heilung der Hydrocel durch eine einfache Operation 474
Lieberthal, D., Sarcomatosis cutis 407.
Liebesthal 366.
Liebscher, Über Influenzabacillenbefunde bei Masern- und Scharlacherkrankungen 589.
Liégou, Die auf dem Lande übliche Behandlung der Verbrennungen mit pflanzlichen Mitteln 580.
Lindner 192. 218.
Linser, Über juvenile Tabes und ihre Beziehungen zur hereditären Syphilis 287.
— Dermatitis exfoliativa generalisata 179.
— 481.
Lippe, J., Ein Fall von Syphilis tarda 328.
Lippmann, Fall zur Diagnose 506.
— Infektiöse Natur des Lichen planus 506.
— 174.
Lisrink 211.
Lissauer, M., Über das Rhinosklerom in Deutschland 368.
— 361. 491.
Litten 578.
Littré 112. 116. 488.
Loeb, M., Über syphilitische Beckenzellengewebsentzündung 225.
— 2. 3. 7.
Lobligeois 69.
Löblowitz, Über Stomatitis ulcerosa 368.
Löffler 78. 199. 369. 446. 451. 562.
Löw 265. 267.
Loewald, A., Referate 35. 39. 40. 41. 42. 48. 58. 63. 69. 70. 71. 73. 90. 134. 191. 192. 219. 220. 223. 226. 227. 229. 288. 327. 329. 330. 333. 336. 350. 360. 361. 365. 366. 369. 370. 374. 407. 408. 409. 412. 413. 415. 416. 418. 419. 422. 424. 428. 482. 485. 487. 516. 518. 519. 530. 531. 536. 537. 573. 578. 579. 582. 586.
Loewenbach, G., Über Behandlung schwerer Syphilisformen mit Jodquecksilberkakodylat 335.
— Berufserkrankung der Gerber 581.
— 356. 388. 389. 390.
— und M. Oppenheim, Blutuntersuchungen bei ulcerösen und gummösen Formen der Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung des Eisengehaltes 221.
Löwenhardt 467.
Löwenhaupt 246.
Löwenheim, Referate 177. 389.
— 389. 391.
Lommel, Zwei Fälle chronischer zonenförmiger Hauterkrankungen 583.
London 456.
— und S. W. Goldberg, Die Becquerelstrahlen und Hautaffektionen 564.
Longbrotham, Thyreoidextrakt bei Psoriasis 364.
Lorand, A., Beitrag zur Pathologie und Therapie des diabetischen Pruritus vulvae 416.

Lortet 181. 192. 218. 353. 355.
Lostorfer, Ein Fall von Fibrinurie bei Nephritis 486.
Loumeau 211.
Lonyard, Zur Operation der Retentio testis inguinalis 426.
Love und Thomson, Salol bei Variola 88.
Lubarsch, Über fetthaltige Pigmente 519.
— 465.
Lucy, Bericht über einen durch Hamamelis virginica bedingten Fall von schuppendem, scarlatiniformem Erythem 282.
Lüchner 249.
Luithlen 356.
Lukasiewicz 460.
Lustgarten 375. 452.
Luxardo, Beitrag zur Bakteriologie des Ulcus venereum 372.
— Experimentelle Übertragung des weichen Schankers auf das Kaninchen 373.
Luzatto, Über Ergebnisse der Nervenzellenfärbung in unfixiertem Zustande 35.

Macdonell, Die Variola und die gesellschaftliche Stellung 591.
Mackenzie, St. 94. 95.
Madelung 412.
Magill, Die Ätiologie der Blattern, speziell bezüglich der Mikrobiologie 86.
Malejen, Heilung der Blennorrhoe mit Albargin 518.
Malfatti, Ein Fall von prämortaler Steigerung der Kreatininausscheidung 397.
Malherbe, H., Geschichte einer ehelichen Syphilis; Hirnsyphilis der Frau; Coma; Tod 31.
Malincolico, Ein Fall von Werlhoffscher Krankheit, welcher einen Petechialtyphus vortäuschte 576.
Mallory 437. 451. 452.
Malpighi 104. 145. 184. 481.
Mamurowsky 552.
Mankiewicz 177. 391.
Mantegazza 548.
Marcuse, B., Über einen Fall von Strikturen der vorderen und hinteren Harnröhre 343.
— Über Pyelitis und Pyelonephritis auf Grund von Blennorrhoe 516.
— 509. 510.
Marcuse, J., Das Ichthalbin und seine therapeutische Verwendung 540.
Marenbach, Die Behandlung der Krätze mit Eudermol 359.
Maréschal 134.
Margulies, E., Über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 39.
Margulies, E., Syphilis und Nierenchirurgie 285.
Marie, Zur Symptomatologie der syphilitischen Paraplegia spasmodica 286.
— 131. 355.
Markovics, Das Protargol in der Therapie der Unterschenkelgeschwüre 578.
Marmorek 77.
Marsh, Arthritis bei Scharlachfieber und Erysipel 75
Marschalkó, Balneotherapie in der Dermatologie 46.
— Rhinosklerom 389.
— 388. 390.
Martin, S., Prostitution in Japan 475.
Martin, Th. Ch., Eine einfache Methode, äußere Hämorrhoiden unter Lokalanästhesie zu entfernen 412.
Martini 192.
Martius 210.
Martucci, Über die Kontagiosität und die Prophylaxe der Scarlatina 73.
*Marullo, A., Die hyaline Degeneration im Hautcarcinom 17.
*— Ein Fall von Vitiligo bei einem Neger 53.
— Ein Fall von Xanthoma diabeticorum 399.
Marx, E. 373.
— und Anton Sticker, Weitere Untersuchungen über Mitigation des Epithelioma contagiosum des Geflügels 409.
Mašek, Sarcoma idiopath. pigmentos. Kaposi 389.
Massey 590.
Masure, Eigentümliche Ätiologie mehrerer gleichzeitig aufgetretener Fälle von Urticaria 64.
Matagne, Ausgedehnter Lupus, geheilt durch Exzision mit nachfolgender Epidermisüberpflanzung 191.
Mattirolo und Tedeschi, Experimentelle und klinische Untersuchungen über zwei Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie 486.
Matzenauer, R., Die Vererbung der Syphilis 123.
— Die Vererbung der Syphilis. Ist eine paterne Vererbung erwiesen? 323.
— 325. 394. 563.
Maurocardato 216.
Maude, A., Einige klinische Seiten der Wiederimpfung 132.
— Über den Effekt der Revaccination der schwangeren Mutter auf die Leibesfrucht 133.
Mayer, Albert 170.
Mayer, P. 453.
Mayer, Theodor, Über sogenannte Hasenvenerie 182.
Mears 211.
Meessen und Deckers, Adrenalinum hydrochloricum bei Morbus maculosus Werlhofii 282.

Meibom 482.
Meige 577.
Meissner, P., Weitere Mitteilungen über den Gebrauch des Sandelholzöls und des Gonorols 343.
Meitner, W., Das Fluor-Epidermin in der Behandlung alltäglicher Wunden 539.
Mendel, J., Das akute circumskripte Ödem 64.
Méneau 142. 149. 156. 212. 362.
Menière 175.
Mense 395.
Menzer 77.
Mercier 211.
Merck-Index 1902 45.
Mergel 569.
Merk, L., Über den Herpes 583.
Merklen 82.
— und Nobécourt, Die Leukocyten bei Varicellen 82.
Metscherski, Favus des Kopfes 456.
Metschnikoff 106. 199. 201.
— und Roux, Experimentelle Studien an anthropoiden Affen 513.
Mewborn, Ein Fall von Favus des Scrotums, der gleichzeitig mit einer Trichophytie des Oberschenkels bestand und Kulturen ergab, die mit Trichophytonkulturen identisch waren 132.
Meyer, Else 571.
Meyer, V., Die Behandlung der Blennorrhoe mit Albargin 519.
Meyerhardt, Mykosis fungoides 176.
*Mibelli, V., Über die Zelldegeneration beim Rhinosklerom. Kritische Betrachtungen aus Anlafs der neueren Artikel Dr. Unnas 377.
— 317. 379. 381. 469.
Michaelis, L. 430. 441.
Michel 530.
Mielck 57.
Mikulicz 35. 36. 37. 378. 380. 381.
Milian, Der Liquor cerebrospinalis der Tabetiker 471.
Milward, F. V., Über den therapeutischen Gebrauch der Pikrinsäure 542.
Minor 217.
Moak, H. 373.
Moberg, Erythema pruriginosum senile 269.
— Urticaria pigmentosa 271.
— Leukoplacia buccalis 271.
— Referate 268.
— 551.
Möbius 388. 525.
Möller, M., Lupus erythematosus mit hochgradiger Veränderung der Schleimhaut des Mundes und der vorderen Choanen 270.
— Diffuse symmetrische Sklerodermie und Morbus Basedowii 271.
— Merkuriolöl, ein neues Quecksilberinjektionsmittel 274.
Möller, M. 270. 271.
Montfort, Beitrag zum Studium der Bedeutung der Prostata für die infiltrierten epithelialen Blasentumoren 277
— und Motz, Die chronischen Cystitiden 310.
Montgomery, Behandlung der Erkrankung der Bartholinischen Drüsen 487.
— 372. 416.
Moreschi, Die Anomalien des Stickstoffwechsels bei der Pellagra 65.
Morgan, Symmetrische Gangrän (Raynauds) und Endarteritis obliterans 579.
Morris, M. 478.
— und E. Dore, Die Behandlung des Lupus, des Ulcus rodens und anderer Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen 533.
Morrow, P., Die moralische Ätiologie der Syphilis 184.
— Die Syphilis und das ärztliche Berufsgeheimnis 344.
— 94. 97.
Morvan 137. 526.
Mosca, L., Ein schwerer Fall von tertiärer Syphilis 225.
— Ein ungewöhnlicher Fall von Myxosarkom der linken Inguinocruralgegend 408.
— Über das hämolytische Vermögen des Gonococcus 521.
Moseley, Die Entdeckung von Nieren- und Blasensteinen vermittels der X-Strahlen 425.
Moser, P., Über die Behandlung des Scharlachs mit einem Scharlachstreptokokkenserum 76.
— 77, 588.
Mosse, Max 449.
Most, A., Über Schmierseifenverätzung 63.
— Ein Fall von kongenitalen Bildungsanomalien: Intrauterine Belastungsdeformitäten der unteren Extremität; Anonychia und Onychatrophia congenita 420.
Motz, B., Die Heilbarkeit der Blasentuberkulose 281.
— 277. 278.
— und Paul Denis, Pathologische Anatomie der akuten Cystitiden 279.
— und Hallé, Tuberkulose des Harnapparates 127.
— und E. Montfort, Die Ursachen der chronischen Cystitiden 310.
Motschutkowsky 43.
Mračeк, Handbuch der Hautkrankheiten, 9. u. 10. Abt. 356.
— 113. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 508.
Mühlig, F., Ein Fall von Nephritis parenchymatosa syphilitica 285.
Müller, C., Referate 44. 45. 59. 61. 62. 64. 65. 72. 74. 80. 91. 136. 189. 191.

219. 220. 225. 228. 285. 286. 316. 317. 327. 359. 366. 367. 368. 373. 408. 416. 420. 423. 486. 514. 517. 519. 521. 535. 544. 570. 574. 576. 578.
Müller, Julius, Mundpflege bei Quecksilberkuren und einigen Mundaffektionen 305.
Müller, J. F., Helmitol, ein neues Harnantiseptikum 428.
— Klinisches und Bakteriologisches über Helmitol 540.
Münchheimer 355.
Munk, E., Über die Verwendbarkeit des Dymal in der Chirurgie 59.
Munro, J. C., Die Urethrotomia externa vom Standpunkt des allgemeinen Chirurgen 424.
— 484.
Murphy 209.
Murray 50.
Mygind, H., Lupus vulgaris pharyngis 401.

Nachet 72. 83.
Nachold, B., Ein seltener Masernfall 80.
Nacke 477.
Nägeli 265. 267.
Nagano, J., Über eine neue Sarcina, die im Eiter gonokokkenähnliche Degenerationsformen zeigt 522.
Nagelschmidt, Neue Lampe 557.
— 556.
Nedopil 495.
Neelsen 223. 361. 362. 506.
Neisser, A., Versuche, die Syphilis auf Schweine zu übertragen 130.
— Nach welcher Richtung läßt sich die Reglementierung der Prostitution reformieren? 207
— 3. 5. 38. 122. 141. 143. 156. 158. 159. 178. 203. 224. 347. 357. 387. 388. 389. 390. 391. 393. 460. 467. 468. 558.
Nenki 257.
Nettleship 93. 94.
Neuberger 30. 389.
Neugebauer 203. 477.
*Neuhaus, Urologische Beiträge 166.
— Syphilidologische Beiträge 398.
Neumann, J., Klinische Bemerkungen über die Tuberkulose der Haut 139.
— 51. 199. 210. 221. 323. 324. 386. 489. 491. 565. 567.
Neuwerth, K., Über unsere Erfahrungen mit Ichthargan 540.
Newborn, Ein Fall von Ringworm des Gesichts und zwei weitere des behaarten Kopfes, von einem Mikrosporon der Katze verursacht; mit Bemerkungen über die Identifizierung der Infektionsquelle bei Ringworm vermittels Reinkulturen 365.
Newcomb, Ph., Einige Beobachtungen über Scharlach 72.
Newman, Die jüngste Variolaepidemie in London 591.
— 511.
Nicholson, Ein Fall von Lupus vulgaris; Behandlung mittels Excision und Wiederaufsetzens der Haut 191.
Nicolai, Über Mandelschlitzung bei einigen Fällen von langwieriger und rezidivierender Lues der Tonsillen 28.
Nicolau, Beitrag zum Studium der Tuberkuliden 568.
— 142.
Nicolich, Syphilis ulcerosa miligna précox. Syphilitische Kachexie, welche allen Behandlungsmethoden widerstand und nur durch Anwendung der Pollinischen Pulver geheilt wurde 316.
Nicolle 97.
— und Dubos, Ein Fall von geheiltem Rotz beim Menschen 359.
von Niessen, Beitrag zur Knochensyphilis im Röntgenbilde 330.
— 199. 389.
Nietert, Ein Fall von Milzbrand 370.
Nissl 485.
Nitze 311.
Nobécourt 82.
— und P. Merklen, Die Leukocyten bei Varicellen 84.
Nobl, G., Zur Histologie der blennorrhoischen Deferentitis und Epididymitis 561.
— 389. 390. 391.
Nocard 199.
Noguès, Die Prostatitis intestinalen Ursprungs 427.
Numa, Rat 372.

Oberländer 169.
Oberst 66.
Obersteiner 453.
Oehl 558.
Ogden, J. B., Die Bedeutung der Oxalurie 487.
Ogilvie, G., Ein Fall von Purpura fulminans 575.
— 189. 570.
Ohmann-Dusmenil, Die Syphilis als ursächliches Moment für Pyorrhoea alveolaris 220.
— Die „gemischte Behandlung" bei Syphilis 336.
Okamura 416.
Olshausen 374.
*Oppenheim, M., Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut 489.
— 287.
— und Ehrmann, Über Melanoblasten, Hemichromasie und Faserung der

Epithelzellen in breiten Kondylomen 201.
Oppenheim, M., und G. Löwenbach, Blutuntersuchungen bei ulcerösen und gummösen Formen der Syphilis 221.
Oppenheimer, E., Halbseitiger Talgdrüsennävus 419.
— Naevus pigmentosus der Conjunctiva und Cornea 419.
Oraison, Über das primäre und umschriebene Prostatacarcinom und seine Behandlung mittels totaler perinealer Prostatektomie 130.
Orlipski, Über strichförmiges Ekzem im Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus brachii externus im Anschluß an eine Verletzung 360.
— Druckspülungen der Urethra 424.
Orlow 557. 559.
Ortmann, Nephritis syphilitica 178.
Otis 211.
Oudin, Lepra tuberosa, behandelt mit X-Strahlen 138.
– Behandlung von Lepra tuberosa mittels Röntgenstrahlen 283.
Osler, W., Ein Fall von chronischem Purpuraerythem 345.
Ostermayer, N., Ein Fall von Pemphigus neonatorum P. Richter (Dermatitis exfoliativa neonatorum Ritter) mit Infektion der Mutter und Tod des Neugeborenen 465.
Ostertag 465. 566.

Pabis, Über die Wirkung des Natron-Kakodylates bei einigen Dermatosen 62.
Paget 186. 187.
Palmer, J. F., Die Wirkung der Revaccination der Mutter während der Schwangerschaft auf die Frucht 132.
Panichi, Beitrag zum Studium des Erythema exsudativum multiforme 189.
Pal 451.
Paltauf 77. 112. 324. 325. 327. 335.
Paldrock, Gonococcus Neisser 318. 319.
*Pappenheim, A., Über Beizenfärbung 429.
— 37. 52. 114. 570.
Pappritz, Läßt sich die heutige Reglementierung reformieren und in welcher Weise? 467.
Paracelsus 322.
Parádi, Über die Behandlung der Uterusblennorrhoe bei Prostituierten 203.
Paré 580.
Paschkis, R., Die Drüsen und Cysten im Epithel der Harnröhre bei Männern und Frauen 206.
Pasini, Der epidemische Pemphigus der Neugeborenen 189. 316.
Paulsen 193. 194. 200. 201.
Pautrier und Leredde, Die Diagnose der Lepra und des Lupus der Nase durch Untersuchung des Nasenschleims 131.
— — Phototherapie und Photobiologie 352.
— — Über Radiotherapie 513.
Payer 392.
Pearson, A. C., Varicellen an der Conjunctiva 590.
Pearson, S. V., Herpes brachialis mit Paralyse des Deltoides 584.
Pellizzari 112. 117.
Perfetti, Die durch übermäßigen Kaffeegenuß verursachten Dermatosen 529.
Pernet, G., Ausschläge und Komplikationen bei der Kuhpockenimpfung 91.
— Über Arzneiexantheme 529.
Perrin, Keloid des Ohrläppchens. Heilung mittels bipolarer Elektrolyse 213.
Perry 462.
Perthes 369. 504. 505.
Peters 140.
v. Petersen, O., Die Lichtbehandlung des Lupus 219.
— 384. 388. 389. 504. 505.
Pezzoli, C., Zur Kenntnis der lokalen Veränderungen nach intramuskulären Injektionen von Hydrargyrum salicylicum 44.
Pfahlen und Rodmann, Die X-Strahlenbehandlung oberflächlicher Carcinome und tuberkulöser Hauterkrankungen 406.
Pfahler, Bemerkungen zur X-Strahlenbehandlung des Krebses 531.
— 530.
Pfeiffer, H., Erwiderung auf die „Richtigstellung" Max Josephs und Piorkowskis 375.
— Über Bakterienbefunde in der normalen männlichen Harnröhre und über den Joseph-Piorkowskischen Bacillus 395.
— 86. 134. 198. 375. 389. 391. 457. 458.
Piéry 133.
Philippi, Referate 43. 48. 65. 66. 71. 72. 74. 76. 79. 80. 81. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 90. 91. 92. 132. 134. 135. 136. 137. 139. 191. 284. 312. 356. 363. 414. 526. 527. 537. 569. 575. 576. 592.
Phillips, G. M., Prostatahypertrophie vom chirurgischen Standpunkt 209.
Phillips, J., Idiosynkrasie gegen Arsenik 536.
Phillips, L. Hydroxylamin bei Psoriasis 364.
Philippson, A., Ein zweckmäßiger Ersatz für das englische Pflaster 537.
Philippson, L., Über das flüchtige Reizödem der Haut und sein klinisches Vorkommen 203.
— Über die Pathogenese des Lupus und ihre Bedeutung für die Behandlung desselben 463.

Philippson, L. 108. 272.
Picchi, Beitrag zur Kenntnis der Dermatomyositis 367.
Pick, Alois, Zur Kenntnis der Purpura haemorrhagica 575.
Pick, Moderne Ziele und Erfolge der Therapie auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten 387.
— 94. 97. 389. 393. 505.
Pick, L., Anatomische Beiträge zur Kenntnis der Schweifsdrüsenadenome 503.
Pick, W., Zur Therapie der Blennorrhoe 517.
Pietri 88.
Le Pileur 286.
Pini, Über einige seltene Formen von luetischer Gummata 225.
Pinkus, F, Vitiligo nach Abheilung einer lichenoiden Eruption 183.
— Lichen ruber planus 178.
— Zur Kenntnis des Haarsystems des Menschen 304.
— Über dem menschlichen Haar benachbarte Sinnesorgane 394.
— Keratosis pilaris rubra 557.
— Referate 173. 503. 555.
— 141. 145 156. 174. 176. 283. 551.
Piorkowski 198. 199. 200. 201. 375. 376.
*— und Joseph, Erwiderung auf Delbancos Bemerkungen 301.
— — Zur Lehre von den Syphilisbacillen 223.
— — Richtigstellung der von Hermann Pfeiffer gegen unsere „vermutlichen Syphilisbacillen“ erhobenen Einwände 275.
— — Weitere Beiträge zur Lehre von den Syphilisbacillen 395.
Pitó, Die Quellen der Sepsis beim impetiginösen Ekzem 317.
Platner 446.
Plaut 247.
Polak 216.
Pollini 317.
Pollitzer, S., Zur Histologie des Zoster 184.
— Neues Arzneiexanthem vom Jodoformtypus 508.
— 141. 142. 156. 159.
Polotebnow 491.
Poor, F., Beitrag zur Histologie der Verruca senilis 565.
Porges, Fritz, Über Lichen scrophulosorum 460.
Porosz, M., Die Prostatitis und ihre Behandlung 29.
— Über die Tripperprophylaxis 205.
Portner 176.
Pospelow, Ein Fall von Mykosis fungoides Alibert 319.
— 456. 491. 557. 558. 559.
— und Gautier-Dufayer, Zur Kasuistik und Pathogenese des Melasma suprarenale (Morbus Addisonii) 458.
Pospischill, Mosers Scharlach-Streptokokkenserum 588.
Potter, St., Supraskrotale Operation wegen Varicocele mit Ligatur der Arteria spermatica 426.
Pouchet 569.
Poupart 527.
Preindtsberger, Urethrotomia interna 391.
— Urologische Mitteilungen 420.
— 384.
Preisich, Bemerkungen zu dem Vortrage: „Die Vererbung der Syphilis“ 325.
Presta und Tarruella, Die Bierhefe bei der Behandlung der mit Exanthemen verbundenen Infektionskrankheiten bei den Strepto- und Staphylokokken 72.
Pringle 462. 469. 551.
Pringsheim 253.
Prior 257.
Prissmann, S., Beitrag zur Kasuistik des Pemphigus 205.
— Ein Fall von Naevus papillaris pigmentosus progrediens (Ichthyosis hystrix) 419.
Profeta, G., Polemik über die Frage „gesundes Kind von syphilitischer Mutter“ 189.
— Zur Frage der Syphilis congenita 327.
— An den Zweibund gegen die These „vom gesunden Sohne von syphilitischer Mutter“ 569.
— 125. 189. 222. 223.
Propert 94.
Proskauer 261.
Proust, R., Technik des prärektalen Schnittes, angewandt in der Genitalchirurgie beim Manne (Prostatektomie und Spermatocystektomie 484.
Pusey, Über den Gebrauch der Röntgenstrahlen 348.
— 530.
Putzler, Referate 36. 87. 88. 46. 335. 358. 363. 418. 484. 517. 520. 521. 528. 537. 538. 540. 541. 542. 572. 573. 578. 580. 581. 582. 588.

Quensel, Die pathologische Anatomie der syphilitischen Herzaffektionen 226. 393.
Quincke 578.
Quinquaud 97.

Rabitsch 211.
Rabl 338.
Radaeli, Über Pemphigus und pemphigusartige Dermatosen 316.
— Pemphigus und Pemphigoide 514.

Radt 361. 362.
Radzich, Zur Kasuistik der circumskripten, syphilitischen, sklerösen Glossitis 224.
Rakowac 384.
Ramm 211.
Ramond und De Beurmann, Abscesse mykogenen Ursprunges 510.
Ranelletti, Über eine neue Behandlungsmethode der einem operativen Eingriffe unzugänglichen krebsigen und anderweitigen bösartigen Neubildungen und des Lupus 374.
Ranke, Über den nomatösen Brand 369.
Ranvier 26. 289. 338. 339. 340. 341.
Rasch 56.
Ratimoff 309.
Raubenheimer, Ein Fall von Karbolvergiftung durch die externe Applikation des Mittels 537.
Raudnitz 106.
Rausch, H., Referat 571.
— 340.
Ravasini, Therapeutische Erfolge mit dem Jodipin und dem Hydrogenium peroxydatum purissimum Merck 61.
— Syphilitische Reinfektion 320.
— Leukoplakie der Blase 396.
Ravaut, Die Cerebrospinalflüssigkeit der Syphilitiker im sekundären Stadium 471.
— 548.
Ravogli, A., Klinische und pathologische Studie über Verbrennungen 66.
— Einige klinische Betrachtungen über Ekzem im Kindesalter 360.
— Ein Fall von progressiver idiopathischer Hautatrophie 412.
— Dermatologischer Unterricht in Madrid 474.
— 142. 147. 156. 329.
Rawitz 451. 458.
Rayer 477 478. 486.
Raymond, Paul 94. 96. 105.
Raynaud, Das Eindringen der Lepra in Algier 473.
— 308. 349. 510. 779.
Re, F., Die Pikrinsäure bei der Urethritis blennorrhagica 519.
Reale 521.
Recklinghausen 317. 410.
Reckzeh, Das Verhalten des Blutes bei Masern und Scharlach im Kindesalter 78.
— Doppelseitiger Herpes zoster im Gebiete des 10. bis 12. Dorsalsegmentes 584.
Reid, J., Über einige Verhältnisse, durch welche exanthematische Ausschläge beeinflufst werden 71.
— Röteln und Masern 81.
Reinige, Ein interessanter Scharlachfall 74.
Reisner, M., Zur internen Behandlung der Blennorrhoe 518.
*Reiss, Über Urticaria pigmentosa perstans 93.
Remete, Beiträge zur mechanischen Behandlung der Harnröhrenerkrankungen 395.
Renaut, Über das pathologisch-anatomische Charakteristicum der Syphilis 31.
— Das pathologisch-anatomische Charakteristicum der Syphilis 220.
Reschetillo, Über die Rolle der Heredität bei der Lepra auf Grund einiger Beobachtungen an Neugeborenen 318.
— Über die soziale Prophylaxe der Lepra 318.
Respighi, Alter Fistelgang nach venerischem Bubo 189.
Reyn 58. 355. 557.
— und Finsen, Lichtsammelapparat zur Einzelbehandlung 403.
Richter, E., Zur Alopecia areata 413.
Richter, Paul, Ein Beitrag zur Geschichte des Auftretens der Syphilis in Deutschland 323.
— Zur Kritik der Syphilisbehandlung im Kreiskrankenhaus Lichterfelde 358.
— Verwendung von chemisch reinem Wasserstoffsuperoxyd, besonders bei Haut- und Geschlechtskrankheiten 395.
— Der innerliche Gebrauch von Jodtinktur an Stelle von Jodkalium 541.
— 316. 465.
Ricketts, Geschichtliches und Experimentelles über Prostatachirurgie 211.
Riecke, E., Zwei Fälle von Mykosis fungoides 560.
— 416.
Riegler, E., Eine empfindliche, einfache und rasch ausführbare Zuckerprobe mit oxalsaurem Phenylhydrazin 487.
Riehl 276. 324. 325. 415. 460. 550.
Ries, Über unverschuldete geschlechtliche Erkrankungen 355.
Rille, Über eine bei Syphilitischen vorkommende Quecksilberreaktion 332.
— Acanthosis nigricans (Dystrophia papillopigmentosa) 454.
— Hämorrhagisches Syphilid 454.
Ritsert 535.
Ritter 465.
Rivals 314.
Robert 51.
Roberts Leslie, Einige Beobachtungen über Variola 468.
Robertson, Ch. M., Syphilis des Kehlkopfes 330.
— 288.
Robin, Gegen die Acne rosacea und die fette Seborrhoe des Gesichtes 367.
Robinson 526.
— und Whitfield, Molluscum fibrosum bei Kindern 409.
Rodier und Capdepont, Malum perforans im Munde 215.

Rodmann und G. E. Pfahlen, Der gegenwärtige Stand der Behandlung oberflächlicher Carcinome und tuberkulöser Hauterkrankungen mittels X-Strahlen 406.
Röntgen 197. 393. 532.
Rörig, Fr., Über Hypoplasie der Prostata 396.
Rogers, Einige physiologische Faktoren für die Entstehung des Skorbut 66.
Rohden, B., Die Haut ein Resorptionsorgan 33.
— Die Haut ein Resorptionsorgan 520.
Rolleston 505.
Romanowsky 441.
Romberg 288.
Romeick, Karbolgangrän durch Karbolwasserumschlag 582.
Rommel, O., Ein Fall von Henochscher Purpura 575.
Röna, S., Der gangränöse, phagedänische, diphtheritische Schanker der Autoren 562.
— 94. 104. 141. 145. 156. 161. 460.
Roos 267.
Rooth, J. A., Symmetrische Gangrän nach Typhus 370.
Rosa 477.
Rosenbach, O., Über regionäre Anämie resp. Hypothermie der Haut als Ausdruck funktioneller Störungen innerer Organe 405.
Rosenberg, W., Über Quecksilbervelopurin und einige andere mit Velopurin bereitete Salben 572.
Rosenthal, H., Lymphodermia perniciosa 176.
— 176.
Rosenthal, O. 174. 175. 177. 227. 304. 361. 555. 556.
Rosenthal, P., Über das Helmitol, ein neues Harnantiseptikum 59. 539.
Rosin 35.
Rosinski 324.
Rosner, A., Beitrag zur Blennorrhoea neonatorum 517.
Roth 416.
Rothmann, M., Über die Angst vor der Syphilis und deren Folgeerscheinungen (Syphilidophobie) 219.
— 457. 458.
Rothschild 177.
Roussel und Benoit, Mißerfolge bei der Vaccination mit animaler Vaccine 135.
Roux 199. 201.
— und Metschnikoff, Experimentelle Studien an anthropoiden Affen 513.
Rubel und Hamburger, Pemphigus vegetans 210.
Ruckert, S. T., Die erfolgreiche Behandlung der Blennorrhoe und aller entzündlichen Erkrankungen der Harnröhre durch Ausstopfen mit einem antiseptischen Öltampon 518.
Ruge 305. 306.
Rump, Erkrankung der Arbeiter in der P.schen Asphaltpappe-Fabrik 581.
Runeberg, Die syphilitischen Herzaffektionen 226. 303.
Runge, P., Über ein neues Buccopräparat (Diosmal) 537.
— 249.
Runyon, Unsere neuerlichen Pockenepidemien und das Versagen der Glycerinlymphe 85.
— Unsere neuerliche Pockenepidemie und das Impfen 85.
— Das Vaccinevirus mit besonderer Berücksichtigung der Gefahren der Glycerinlymphe 136.
— Nochmals „die viel umstrittene Impffrage"; besitzen wir eine Normalglycerinlymphe? 137.
Ruppel 266.
Russell, Addisonsche Krankheit 411.
Rychner, P., Behandlung der blennorrhoischen Entzündung der ganzen Urethra mit Ichthargan 401.

Saalfeld, E., Über Thigenol 68. 573.
— Ein Beitrag zur sozialen Fürsorge für Geschlechtskranke 523.
— Multiple Angiome 556.
— Lichen planus 556.
— 41. 174. 389. 391. 392. 506. 557.
Sabolotsky 551.
Sabouraud, R., Die Histogenese der Schuppen und Krusten 184.
— Semiotik der Alopecien 281.
— Die Schuppen 281.
— Krusten und Narben 282.
— Therapie der Hautkrankheiten der behaarten Kopfhaut 312.
— Die Dermatomykosen der Kinderköpfe 513.
— Die Therapie der Krankheiten der behaarten Kopfhaut 534.
— 132. 162. 307. 523. 558. 567.
Sachs, Otto, Beiträge zur Histologie der weichen Naevi 275.
— 117.
*Sack, A., Über die Erfahrungen mit dem neuen Anthrasolpräparat 497.
— Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, eine soziale Notwendigkeit 39.
— Über die weiteren Erfahrungen mit dem farblosen Teerpäparat „Anthrasol" 390.
— Eigentümliche Knotenerkrankung der Haut der unteren Extremitäten 393.
— Über Anthrasol 394.
— Zur Kasuistik der Schadenersatzklagen auf Grund einer durch Geschlechtsverkehr erfolgten syphilitischen Ansteckung 400.

Sack, A., Ein Fall von allgemeiner Lymphstauung der Haut (Stauungsödem) nach Vereiterung des größten Teils der regionären Lymphdrüsen 576.
— Referate 319. 384.
— 56. 490. 491.
— und Vieth, Anthrasol, ein gereinigter, farbloser Teer, und seine therapeutische Verwertung 536.
Sagrandi, Über die Sterilisierung der Impfmesser 134.
Sakata, K., Experimentelle Beiträge zur hämatogenen Niereninfektion von den Harnwegen, insbesondere von der Harnblase aus 206.
Samberger, F., Zur Pathogenese der syphilitischen Anämie und des syphilitischen Ikterus 464.
Sandwith, Wie ist die Ausbreitung der Pellagra in Ägypten zu bekämpfen? 65.
Sanfelice 507.
Sangster 94.
Santi 141. 142. 156. 159.
Sattler, Die Behandlung von schweren Verbrennungen 393.
Saunders, Über Prophylaxe und Behandlung des Scharlachs 588.
Savill, Morphoea oder lokalisierte Sklerodermie des Gesichts 414.
— 164.
Saxahansky, Behandlung der blennorrhoischen Urethritiden mit Janetschen Spülungen 130.
Sbriscia, Über die rasche Depuration der Kuhpockenlymphe 136.
Scalič 384.
Schäffer 178. 224. 527.
Schamberg, Sekundäre Ausschläge bei Variola 187.
— Bericht über die vier fälschlich für Blattern angesehenen Fälle von Syphilis, mit Bemerkungen über die Differentialdiagnose dieser beiden Krankheiten 328.
— 366.
— und Welch, Nephritis bei Pocken 87.
Scharkewitsch-Scharalewski 557.
Scheier 368.
Schein, M., Die Entwicklung der Haare in der Axilla und der angeborene Defekt der Brustmuskeln 519.
Schenk, P., Impfergebnisse und Impftechnik 134.
— 264.
Scherk, K., Der Gichttripper 423.
Schickele, G. 504. 505.
Schiff 324. 414.
Schild 177.
Schirrmacher, „Urticaria perstans" 177.
Schlagintweit, Das retrograde Universalcystoskop 280.
— Das retrograde Cystoskop 396.
— Fall von annulärem, kleinpapulösen Syphilid 178.
Schlasberg, Klinische Studien über Blennorrhoe 487.
Schleich 394. 413. 585.
Schleiden 251.
Schlesinger 520.
Schmieden, Klinische Erfahrungen über Vioform 63.
Schmidt, Louis, Die Technik der X-Strahlenbehandlung bei Hautkrankheiten 530. 556.
Schmorl 369.
Scholtz, W., Wirkung des Radiums auf die Haut 395.
— Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen und konzentriertem Licht 532.
— 394.
Schoull, Beitrag zur Lichttherapie bei Scharlach. Lange Dauer der Kontagiosität bei dieser Krankheit 76.
Schrage, Über einen Fall von Milzbrand. Heilung durch intravenöse Injektionen von Argentum colloidale Credé 370.
Schüler, M., Mitteilungen über die protozoenähnlichen Parasiten bei Syphilis 397.
Schütz, Jododerma tuberosum fungoides 173.
— 95. 361. 490. 491.
Schuftan, Über Sublamin und dessen toxische Wirkung im Vergleich zu der des Sublimats 63.
Schuchardt 349.
Schultze, Erich, Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, speziell des Trippers 40.
Schulze, B., Referate 33. 35. 39. 40. 41. 58. 59. 61. 62. 64. 68. 77. 79. 190. 221. 222. 223. 224. 286. 304. 315. 323. 328 329. 330. 358. 359. 364. 366. 368. 369. 372. 405. 406. 407. 409. 410. 412. 418. 419. 420. 421. 428. 481. 488. 516. 518. 523. 532. 533. 584. 585. 538. 540. 541. 543. 573. 574. 575. 580. 582. 584. 585. 589. 590. 591.
Schwalbe, J., Bemerkung zu dem Artikel von Dr. Aronheim: „Sind die Koplikschen Flecke ein sicheres Frühsymptom der Masern?" 589.
De Schweinitz 259. 262.
Schweninger 358. 460.
*Schwenter-Trachsler, Ein Beitrag zur Ekzemfrage: durch Depigmentieren der ekzematös erkrankten Haare und Darstellen der darauf befindlichen Mikroorganismen, sowie der durch sie verursachten Läsionen der Haare 234.
Schwab, Th., Ein Fall von Darierscher Krankheit 409.
Schwerin, H., Intoxikationspsychose nach Injektion von Jodoform in die Blase 62.
Schwimmer 99. 489. 491. 495.

Secchi, T., Zur Histologie der infektiösen Granulome 138.
Sederholm, Mykotische Nagelerkrankung 269.
— Lichen planus mit annulären Plaques 270.
Sedlmeyer 389.
Seegall, Lichen ruber verrucosus und planus 175.
— Hg hermophenylicum zur Syphilistherapie 177.
— Starke Arsensäureinjektionen bei Psoriasis 556.
— Kreisförmiger Lichen planus 556.
Seifert, Über Helmitol 540.
Selby, Ein atypischer Fall von Variola 592.
Selitzki 558.
Sellei, Jos., Weitere Beiträge zur Pathologie des sogenannten Sarcoma multiplex pigmentosum haemorrhagicum idiopathicum (Kaposi) 273.
Senator 465.
Senn, N., Die Technik der Prostatektomie 475.
— 226.
Shaw und Curtis, Scharlachähnliche Röteln 81.
— Über Erythromelalgie 586.
Shennan, Th., Eine einfache Methode, genaue Abgüsse der Haut und anderer Körperoberflächen mit Cathcarts Material herzustellen 140.
Shepherd, Einige Abarten, Komplikationen und Folgeerscheinungen von Pocken, wie in der Epidemie zu Norfolk 1898—1899 84.
— Eine rasche Methode, die Lepra zu diagnostizieren 508.
Sherren, Über das Vorkommen und die Bedeutung der cutanen Hyperalgie bei Appendicitis 527.
— und Johnston, Weißflecken-Krankheit 345.
Sianogennsky 309.
Sibirsky, Zwei Fälle von Vitiligo 318.
Sicard 584.
Siebert, Moulage eines circumskripten Lymphangiom 177.
— Lupus erythematodes 177.
— Nochmals über die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe 363.
Silberschmidt 423.
Silberstein 64.
Simonin und Dopter, Das Syndrom von Weber mit Gangrän der Zehen im Verlaufe einer Roseola 79.
Simmonds 50.
Simons, John 88.
Sims 354.
Sklarek, B., Über Empyroform, ein trockenes, fast geruchloses Teerpräparat 538.
Sloan, Bemerkung zum „Rezidivieren" von Scharlachfällen 74.
Small, Die Blennorrhoebehandlung bei der Frau 517.
Smith, Th., Die Herstellung der animalischen Vaccine 135.
*Söllner, J., Ein Fall von Erythema induratum (Bazin), kombiniert mit Lichen scrophulosorum 545.
Sogar, M., Über Masernotitis und deren prophylaktische Behandlung 80.
Sokolow, Aknitis 456.
— Phalangitis gummosa 456.
— Die Behandlung des Favus mit Formalin 557.
— Zwei Fälle von Lepra 557.
— 551.
Somerset, Einige differentialdiagnostisch wichtige Merkmale der Exantheme 586.
Sommer, E., Über die unmittelbare und Dauerwirkung der Licht- und Wärmestrahlung auf die Hauttemperatur 528.
Sorrentino, Das Glykosal bei der Behandlung der venerischen und Hautkrankheiten 58.
Soubottine 309.
Le Sourd 373.
Southam, Über die operative Behandlung der durch die Prostatahypertrophie hervorgerufenen Hindernisse in der Urinentleerung 428.
Sowinsky, Syphilisimpfversuche bei jungen Schweinen 319.
Spalding, H., Einige Mitteilungen über die Vaccination 90.
Spaziante, Über essentielle Hämaturie 486.
Spencer, W. G., Mediane perineale Urethrotomie und Cystotomie durch einen oberflächlichen Transversalschnitt, nach Celsus 210.
Spehl 288.
Spiegel 551.
Spiegler 389. 393.
Spina 257.
Spitzer, L., Dermatitis follicularis et perifollicularis conglobata 179.
Ssaweljew, Alkoholumschläge 58.
Stahr, H., Zur Ätiologie epithelialer Geschwülste. I. Epithelperlen in den Zungenpapillen des Menschen. II. Eine experimentell erzeugte Geschwulst der Rattenvallata 527.
Stamm, M., Emphysematöse Gangrän 369.
Stanislawsky, Über die sog. dystrophische Form der Epidermolysis bullosa hereditaria congenita 318.
Stanziale 112.
Starnberg 395.
Steckseu, A. 374.
Stein, Fall von tabischer Osteoarthropathie 393.

Stein 391.
Steiner, Die Arsenwässer und die Dermatologie 535.
Steinhaus, Ein Fall von Morbus Addisoni 411.
Stelwagon, Die Röntgenstrahlen in der Dermatologie 347.
— 416.
Stern, Bernhard, Medizin, Aberglauben und Geschlechtsleben in der Türkei 215.
Stern, R., Die Behandlung der Blennorrhoe mit Chinolinwismutrhodanat Edinger (Crurin pro injectione) 518.
Stern, Referate 44. 48. 67. 73. 81. 87. 89. 91. 92. 140. 287. 322. 328. 332. 334. 360. 361. 363. 364. 365. 367. 371. 372. 407. 420. 422. 425. 427. 483. 486. 487. 533. 537. 574. 586. 587. 588. 592.
Sticker, A., Carcinomliteratur 373.
— 373. 392.
— und E. Marx, Über Mitigation des Epithelioma contagiosum des Geflügels 409.
Stockton, Syphilis der Leber 225.
Stöhr, P., Die Entwicklung des menschlichen Wollhaares 33.
— Entwicklung des menschlichen Wollhaares 319.
Stojanoff, Die Benutzung des vulgären Drainrohrs zur Befestigung von Sonden und Kanülen 488.
Strassburger 253. 255. 261.
Strasser, Paul, Beitrag zur Kenntnis der systematisierten Naevi 272.
Strassmann, Gumma am Unterschenkel 177.
— Ulcus, infolge von Röntgenbestrahlung 177.
Strauss, A., Das Heroinum hydrochloricum als Anaphrodisiacum 60.
— Über epidurale Injektionen nach Cathelin und ihre Anwendung bei funktionellen Störungen der Harn- und Geschlechtsorgane 394.
— Das Epitholgold und Epitholsilber in der Chirurgie und Dermatologie 588.
— Referate 46. 62. 63. 359.
— 129. 353. 354.
Strebel, H., Eine neue wirksame Lampe für lichttherapeutische Zwecke 57.
— Fortschritte in der Lichttherapie 395.
— Rhinophyma, geheilt durch Röntgenstrahlen, und Epheliden, beseitigt durch Ultraviolettstrahlen 533.
— 355.
Studzinski, J., Ein seltener Fall von Staphylococcomykosis cutis im Verlaufe von Diabetes mellitus 366.
Sudeck 577.
Sutherland, Über die Diffundierbarkeit des Scharlachvirus 73.
— und Th. Walker, Zwei Fälle von interstitieller Nephritis bei Syphilis hereditaria 331.
Swoboda, Zur Lösung der Variola-Varicellenfrage 83.
Sykes, Jodexanthem 582.
Szana, Ein seltener Verlauf eines Varicellafalles 81.
Szendrö, J., Über Chininum lygosinatum 537.

Tabusso, Beitrag zum Studium der histologischen Veränderungen bei den Schafblattern 91.
Taenzer, P. 364. 451.
Tanaka, Über die Untersuchung des Pockenerregers 86.
— Zur Erforschung der Immunität durch die Vaccination 133.
Tarnowsky 51. 217.
Tarruella und Presta, Die Bierhefe bei der Behandlung der mit Exanthemen verbundenen Infektionskrankheiten bei den Strepto- und Staphylokokken 72.
Taubert, Über Erythromelalgie bei Syringomyelie des Cervikalmarks 71.
Tedeschi und Matticolo, Zwei Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie 486.
Tédenat, Bemerkungen zu dem Aufsatze Paul Delbets „Die perineale Prostatektomie“ 280.
Teleki 324.
Thalmann 521.
Thibierge 506. 548.
Thierfelder 504. 505.
Thiersch 67.
Thimm, P., Ein eigenartiges hämorrhagisches Syphilid der Haut 329.
Thomas, Erythema induratum und Tuberkulose 140.
Thompson, A. T. 468.
Thomson, R. S., und John Brownlee, Vorläufige Mitteilungen über die Parasiten der Variola und Varicellen 88.
— und Love, Über den Wert des Salols bei Variola 88.
Thomson, W., Über die operative Behandlung der Prostatahypertrophie 427.
Thorbecke 388.
Török, L., Die Purpura 188.
— 147. 154. 155. 156. 203. 503. 551.
Tomasczewski, Bakteriologische Untersuchungen über den Erreger des Ulcus molle 373.
Tommasoli 519.
Tonge, E., Purpura haemorrhagica nach einem Seebade 65.
Tonsey, S., Operative Behandlung der Paronychie 367.
Towle, Impfausschläge 91.

Trautmann, G., Beitrag zur Pockeninfektion 205.
— Zur Differentialdiagnose von Dermatosen und Lues bei den Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle usw. 404.
— Bakterien als ätiologische Faktoren bei Haut- und Urogenitalleiden 475.
— 490.
Trendelenburg 412.
Trenwith, Die Behandlung der Syphilis 383.
Troup, Symmetrische Gangrän im Verlaufe des Typhus 370.
Truffi, Kurze Notiz über den Gebrauch des Kalium permanganicum bei einigen Hautkrankheiten 59.
— Favus erythemato-squamosus bei einem Neugeborenen 365.
— 59.
Tschlenow, Über die Beziehungen zwischen Elephantiasis vulvae und Syphilis 120.
— 513.
Türk 78.
Türkheim, J., Referate 28. 31. 119. 188. 204. 215. 472. 474. 511. 512. 569.
Tuffier 353.

Uffelmann 446.
Ufreduzzi 198.
Uhlmann, E., Leberresektion wegen Gumma 332.
*Ullmann, J., Über eigentümliche Geschwulstbildung in einer Tätowierungsmarke 50.
— Referat 384.
Ullmann, K., Zur Behandlung der Hautanomalien als Ausdruck von Organstörungen 524.
Ultzmann 29.
*Unna, P. G., Eine neue Darstellung der Epithelfasern und die Membran der Stachelzellen 289. 337.
— Über Hyalin und Bacillenhüllen im Rhinoskleromgewebe 35.
— Die Schaumzellen. Zugleich ein Beitrag zur Histologie des Rhinoskleroms 36.
— Pathologie und Therapie des Ekzems 477.
— 17. 18. 22. 23. 24. 27. 45. 51. 52. 57. 94. 95. 96. 97. 99. 100. 106. 107. 109. 114. 118. 141. 142. 150. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 161. 193. 201. 208. 213. 232. 238. 240. 242. 248. 251. 256. 257. 258. 259. 261. 262. 263. 264. 275. 302. 319. 320. 321. 347. 357. 378. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 406. 448. 451. 452. 454. 456. 478. 494. 502. 512. 514. 544. 558. 566. 570.
Urban, Gumma der Stirn 179.
Urbantschitsch 381.
Ustinow, Elephantiasis syphilitica 319.

Vaillard und Folliasson, Zur Verwendung von Formol in der Behandlung der Hyperidrosis plantaris 283.
Vainitch-Sianogennsky, Die chirurgischen Affektionen der Harn- und Sexualorgane in der Klinik Ratimoffs 309.
— 309.
Valentine, F. C. 209. 287.
Vaughan 112.
Veiel 389. 390.
Veillon 470.
Veit 305. 306.
van de Velde 77.
Vergely 314.
Verneuil 505.
Verrotti, Das Kalium permanganicum bei der Behandlung des Lupus vulgaris 191.
— Die Histopathogenese der Psoriasis 509.
— 513.
Vleminx 144.
Vidal 86. 99. 183. 495.
— Tonsillenschanker 220.
van Viesselingh 255.
Vieth 390. 394. 497. 498. 499. 500.
— und Sack, Über Anthrasol 536.
Vigano, Ein Fall von Sarcoma idiopathicum cutis 408.
Vignolo, Extragenitale Syphilome 189.
— Neuer klinisch-experimenteller Beitrag zur Pathologie der glatten Muskelfasern der Haut 457.
Vincent 563.
Vinci, G., Antiseptische und toxische Wirkung einiger organischer Quecksilberpräparate 544.
Vincs, S., Ein Fall von blennorrhoischer Gingivitis 516.
Virchow 18. 389.
Vöhmer, Zur Kultivierung des Mikrosporon furfur und des Mikrosporon minutissimum 37.
Vörner, Hans, Über Ulcus molle miliare, sogenannten Follikularschanker 204.
— Zur Behandlung der fötalen Syphilis nach Riehl 276.
— Zur Ätiologie und Anatomie der Erosio portionis vaginalis 305.
— Über circumskripten kongenitalen Defekt (Aplasie) der Cutis und Subcutis 460.
— Zur Ätiologie und Anatomie der Erosio portionis vaginalis 515.
— Zur Kultivierung des Mikrosporon furfur und des Mikrosporon minutissimum 521.
— Über Trichohyalin 399.
Vogel, K., Zur galvanokaustischen Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini 482.
Voigt 272. 273.
Volhard, Fr., Über chronische Dystrophien und Trophoneurosen der Haut im

Anschluſs an kasuistische Mitteilungen 524.
Vollmer, E., Über hereditäre Syphilis und Hämatoporphyrinurie 122.
— Eine merkwürdige Warzenform 183.
— Über Elephantiasis lymphangiectatica congenita 202.

Wadson, Ch., Psoriasis 361.
Waelsch, L., Bacillenbefunde bei Syphilis 389.
— Über Koilonychia und Platyonychia hereditaria 562.
— Über unangenehme Nebenwirkungen nach Applikation medikamentöser Salben auf die Haut 534.
— 199. 200. 466.
Wagner, E. 176. 229. 489. 491.
Wagner, Max, Über parenchymatöse Nephritis bei Lues 229.
v. Wahl, A., Zur Gonokokkenfärbung 521.
— 522.
Waldeyer 484.
Waldvogel, Nephritis syphilitica acuta 228.
Walker, Th., und Sutherland, Zwei Fälle von interstitieller Nephritis bei Syphilis hereditaria 331.
Wallert, Über einen Fall von Lupus des Scrotum und Penis 271.
Wallis, Wachsmodelle ungewöhnlicher Bilder von Hautkrankheiten 288.
Wanach, R., Über die Brunssche Airolpaste 59.
Warde, W. B., Einige Fälle zur Illustration des Lupus erythematosus 126.
— Rezidivierendes Ekzem exponierter Körperteile: Hitze- und Kälteekzem 469.
— Der sklerodermatische Typus des Lupus erythematosus 308.
Warner, A., Variola beim Foetus 592.
Watson, C., Ein Fall von Verrucae planae juveniles 126.
— Einige therapeutische Eigenschaften des Knochenmarks 187.
Watkins, Prostatahypertrophie 427.
Watt, Th. M., Psoriasis palmaris 363.
Webber, H. W., Eine weitere Bemerkung über einen Fall von abdominaler Aktinomykosis 368.
Weber 455.
Weber-Parkes 586.
Wegner 120.
Wechselmann, Lichen ruber atrophicus 506.
— 506. 556.
Weichselbaum 315.
Weidenfeld, Weitere Beiträge zur Lehre von den Verbrennungen 67.
— 388. 389. 391. 393.
Weigert 201. 439. 443. 446. 451. 452. 454.
Weil und Descos, Das Verhältnis der Blutkörperchen bei Varicellen 83.
Weinberg, J., Ein einfacher Penissuspensionsverband 205.
Weiss 366. 416.
Welander, Leukoderma syphiliticum 268.
— Oberflächliche, insonte Geschwüre der Genito-Analgegend 268.
— 112.
Welch 186.
— und Jay F. Schamberg, Ein Beitrag zum Studium der Nephritis bei Pocken auf Grund von Urinanalysen in 128 Fällen 187.
Weljamowitsch 558.
Wende, Sarcomatosis cutis 346.
Werlhof 575. 576.
Wertheimer, L., Ein gerichtliches Erkenntnis über Anfechtung einer Ehe wegen vorehelicher Blennorrhoe 400.
Werther 195. 218. 219. 325.
Westphal 103. 106. 451.
White, Ch. J., Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées 185.
— Dermatitis veneta 506.
— 142. 147. 148. 156. 211.
White, Ch. T., Rezidivierende, progressive, bullöse Dermatitis bei einer hysterischen Person 349.
Whitfield, Zwei Fälle von akutem Pemphigus neonatorum 306.
— Ein ungewöhnlicher Fall von Erythema multiforme bei einem Herz- und Nierenkranken 308.
— Trichophytie behandelt mit Röntgenstrahlen 365.
— und Robinson, Molluscum fibrosum bei Kindern 409.
Widowitz 589.
Wiesner 251. 253. 254. 255. 261. 264.
Wilkinson 390. 479.
Willan 94. 477. 478.
Wilson 360. 478. 489.
Winkler, F., Studien über die Beeinflussung der Hautgefäſse durch thermische Reize 33.
Winkler, M., Beiträge zur Kenntnis der benignen Tumoren der Haut 461.
Winternitz, R., Zur Wirkung der Balsamica 204.
— Eine Trichomykosis capillitii 274.
— 200. 388. 390.
Wishart, J., Lokalbehandlung bei Psoriasis und Molluscum contagiosum 363.
Wodinsky, Das Vorkommen von visceraler Syphilis im Lande, mit Demonstration pathologisch-anatomischer Präparate 388.
— 24 Sektionsbefunde von Leprösen 392.
— und Glück, Die Lepra der Ovarien 462.
Wolff, A. 203. 391. 481. 558.
Wolters, M., Geschichte und Bedeutung der Geschlechtserkrankungen 428.

Wolters, M. 174. 451. 452. 505.
Wood, F. M., Die verschiedenen Methoden der Impfung und ihre Resultate, nebst Empfehlung der besten Methoden 134.
Woodcock, Lupus, behandelt mit Coleys Flüssigkeit 191.
Woodgatt, Die Behandlung der kongenitalen Phimosis 423.
Woronow 558.
Wrottesley 89.
Würzel, M., Über Pellagra mit Berücksichtigung ihres Vorkommens im südlichen Teile der Bukowina 579.
— Die Haut- und Schleimhautveränderungen bei Pellagra 398.
Wyeth 419.

Young, Ein Fall von Skorbut bei einem Säugling 66.
— 484.

Zaaijer, Beitrag zur Kenntnis von dem Ursprung und dem Bau der Naevuszellen und Naevustumoren 420.
Zacharias 254. 264. 439.
Zander, R., Ein Fall von echtem Hermaphroditismus beim Menschen 422.
Zappert, Juckausschlag im Kindesalter 417.
Zechmeister 51.
Zeiss 322.
Zeissl 325.
Ziehl 223. 257. 514.
Ziemssen 489.
Zimmermann 255.
Zisawa 411.
Zopf 264.

St.